

紹介元			
医療機関名			
担当者		職種	
連絡先			
TEL			
FAX			

宮崎大学医学部附属病院  
 患者支援センター 入院支援担当  
 〒889-1692  
 宮崎県宮崎市清武町木原 5200  
 TEL 0985-85-9896  
 FAX 0985-85-9769

患者情報提供書

診療科：	氏名：	生年月日：	年	月	日	年齢：	歳	性別：(男・女)
到着日時	年		月	日	時		分頃	
来院時移動手段	<input type="checkbox"/> 自家用車(家族送迎) <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 公用車 <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> ドクターヘリ <input type="checkbox"/> その他( )							
	移動方法 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー							
来院時同伴者	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 家族(関係： )							
身体 状 態	【ADL】	麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：部位 ( )						
		食事介助 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> セッティングのみ						
		排泄介助 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ベッド上排泄 <input type="checkbox"/> オムツ使用						
		移動 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> その他( )						
	【認知機能障害】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他( )						
【ベッド条件】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> エアマット 種類：( ) <input type="checkbox"/> 体圧分散マット(エアマット以外) 種類：( )							
【褥瘡】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位： )							
医 療 処 置	【末梢点滴】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：部位( ) <input type="checkbox"/> ヘパロック <input type="checkbox"/> 持続 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> シリンジポンプ						
	【中心静脈 カテーテル】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：部位( ) <input type="checkbox"/> ヘパロック <input type="checkbox"/> 持続 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> シリンジポンプ						
	【カテーテル等】	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 腎瘻(左・右) <input type="checkbox"/> 人工肛門(部位： ) <input type="checkbox"/> ドレーン(部位： ) (左・右) <input type="checkbox"/> 胸腔ドレーン(左・右)    持続吸引(有・無) <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・経腸・胃瘻・(その他： ) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 非侵襲的人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 酸素( L/分 <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> カニューラ ) <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> パルスオキシメーター <input type="checkbox"/> その他( )						
対策を要する感染の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> CD トキシン <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 病原体の検体： <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> その他( )							
介護保険利用状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> サービス利用(有・無) <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)							

\*\*\*\*\*

上記内容について、宮崎大学医学部附属病院への情報提供を同意します。

年 月 日 患者(家族)氏名： 続柄： (必要時記入)