

FAX 0463-81-1785

### 診療情報提供書(在宅療養患者短期入院)

国立病院機構 神奈川病院  
医療連携担当医殿

年 月 日

ふりがな 患者氏名	(男・女) 様	紹介 医療機関名
生年月日	明・大・昭 平・令・西暦	住所
患者住所	年 月 日	電話番号 FAX番号 医師氏名
緊急連絡先	電話番号	印
入院希望日	第一希望 年 月 日 (日間) 第二希望 年 月 日 (日間)	検査結果の画像提供 (要・不要)
有料個室の希望 (希望する・希望しない)		
傷病名:		
紹介目的:在宅療養患者短期入院において、所要の検査(全身評価)を行うため 既往歴、家族歴、症状経過、治療経過、留意すべき点など簡単に記載して下さい		
感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( ) アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )		
現在の処方:		
備考:		

## &lt;入院時希望検査&gt;

- CT検査 ( 頭部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤 ・ その他 )  
 { 依頼理由 } }
- MRI検査 ( 頭部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤 ・ その他 )  
 { 依頼理由 } }
- 心臓超音波検査(心エコー)  
 { 依頼理由 } }
- 超音波検査 ( 甲状腺 ・ 乳腺 ・ 腹部 ・ 骨盤 ・ その他 )  
 { 依頼理由 } }
- 骨密度検査  
 { 依頼理由 } }
- その他検査  
 { 依頼理由 } }

## &lt;患者状況&gt;

生活自立度	<input type="checkbox"/> ベッド上中心 <input type="checkbox"/> 座位中心(背もたれ 要 ・ 不要 ) <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 自立歩行
栄養摂取	<input type="checkbox"/> 経管栄養( 鼻腔 ・ 胃ろう ) <input type="checkbox"/> 経口( 自立 ・ 介助 ) <input type="checkbox"/> 点滴 * 経管栄養の内容( )
食事形態	主食( 飯 ・ 粥 ・ ペースト ・ その他 ) 副食( 普通 ・ 刻み ・ ペースト ・ その他 )
排 泄	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿便器 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> 自立
意思伝達	<input type="checkbox"/> 会話可能 <input type="checkbox"/> 簡単な内容なら可 <input type="checkbox"/> 困難
精神症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 不潔行為 ・ 自己抜去 ・ 不穏 ・ 抑うつ ・ 意欲低下 ・ その他 )
麻 痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
酸 素	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( ℓ/分)
吸 引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(約 回/日)
褥 瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
看護師に配慮して欲しいこと(難聴、生活習慣等)	

※16時以降、土曜日、日曜日、年末年始、祝日のFAX受付分は、翌日速やかにお返事いたします

**国立病院機構神奈川病院 地域医療連携室**

受付時間 月曜日～金曜日 8時30分～16時00分(年末年始、祝日を除く)  
 住 所 〒257-8585 神奈川県秦野市落合666-1  
 電話番号 0463-81-1784 FAX番号 0463-81-1785