

様式 2

徳島県在宅難病患者一時入院医療状況等情報提供書

年 月 日

一時入院医療機関 担当医 様

医療機関名
所在地
医師の氏名
電話番号

入院予定期間		年 月 日から		年 月 日	
ふりがな 患者氏名	(男・女)		生 年 月 日	年 月 日 (歳)	
患者住所	〒			連絡先①	— —
				連絡先②	— —
病 名					
既 往 歴					
病状経過及 び検査結果	(キーパーソン・アレルギー・褥そうの状態)				
合 併 症					
経管栄養の持 込	経管栄養 あり (内容)・なし 白湯の量 () 胃ろうの種類・サイズ				
服薬の持込 (現在の処方)	服薬 なし あり (内容)				
酸素吸入	☐ あり (酸素 L/分)				
人工呼吸器	人工呼吸器の機種 (種類) (設定)				
気管カニューレの種類		F r			
排 泄	☐ 介助 (オムツ・その他) ☐ カテーテル (種類 F r)				
感 染 症					
コミュニケーション	☐ 筆談 ☐ 読唇 ☐ エイド・ワープロ ☐ 瞬き・文字盤 ☐ その他 ()				
認 知 症	☐ あり ☐ なし		身長	cm	体重 kg
緊急時対応					
福祉サービス援助事業利用状況	機関名		連絡先		

※情報については別紙添付していただいても結構です。