

藤枝市立総合病院 宛

救急センター TEL 054-646-1119 / FAX 054-646-1118

救急受診時の医療・介護情報用紙 (患者情報)

※ 電話連絡後、救急受診申込書、紹介状 (あれば) とともにFAX願います。(原本持参)

患者氏名	(男・女)	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
施設・事業所名						TEL
利用中サービス	入所 ・ ショートステイ ・ 訪問看護 ・ 訪問介護 ・ デイ ・ その他 ()					
キーパーソン					続柄	TEL
キーパーソンへの連絡	連絡済 ・ 来院可					
主治医	配置 ・ 嘱託 ・ 外来かかりつけ	住所			TEL	
ケアマネジャー	事業所	氏名			TEL	
要介護度	支援1 ・ 支援2 介護1 ・ 介護2 ・ 介護3 ・ 介護4 ・ 介護5 認定時期 ()					

身体状況	項目	状態	追記
	移動	自立 ・ 歩行器 ・ 車いす ・ ベッド上	
座位保持	できる ・ 支えが必要 ・ できない		
食事	自立 ・ 介助 ・ 絶食 ・ 経管食		
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
入浴保清	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
衣服着脱	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
四肢拘縮	無 ・ 有 ()		
診療上の指示	通じる ・ 通じない		
意思伝達	できる ・ できない		

既往歴	心疾患 (心筋梗塞 ・ 弁膜症 ・) 脳出血 ・ 脳梗塞 ・ 不整脈 高血圧症 ・ 糖尿病 ・ 腎障害 ・ 肝機能障害 認知症 手術歴 () その他
-----	--

服薬中の薬	お薬手帳があれば持参してください。
-------	-------------------

受診までの経過等	入所、デイの開始時期
	入所、デイ開始の経緯
	同居家族の情報等 (独居、老々世帯、誰と同居か・・・等)
	今回の受診理由

本人、家族から緊急時の心肺蘇生の希望について、聞いていることがあれば記入してください。	
---	--

平成 年 月 日 記述者サイン

※ 受診時、患者さんの状況がわかる方が必ず同行して下さい。