

開放型病床入院依頼書 (診療情報提供書)

年 月 日

堀川病院 地域医療連携室 宛
FAX (075)417-3766

ふりがな		男・女	紹介元 医療機関 所在地、名称	
患者氏名	様			
住 所			医師氏名	
生年月日	年 月 日		TEL	() -
TEL	() -		FAX	() -
職 業			紹介目的	入 院
傷病名	1)		診療科	
	2)		入院希望	年 月 日()
	3)		日時	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時頃
既往歴および家族歴				
症状、治療経過および検査結果				
現在の処方内容				
感染症	<input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> Wa-R <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> その他()			
留意点	<input type="checkbox"/> 痴呆 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 転倒しやすい <input type="checkbox"/> 褥創 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> その他()			
	・酸素 <input type="checkbox"/> 要() <input type="checkbox"/> 不要 ・モニター <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ・歩行 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
	・その他			
◇ その他の連絡事項など				

※病院担当医師のご希望があれば連絡事項欄にご記入ください。