

転院相談シート

年 月 日

この度は、転院のご相談を頂きましてありがとうございます。
 お手数をお掛け致しますが、下記事項へのご入力、及び必要資料をご用意の上、FAXにてご送付頂け
 ますようお願い申し上げます。

貴施設名			電話	
			FAX	
主診療科			主治医	
連携担当者名				
患者様氏名			男	女
	生年月日		年	月 日
主病名				
転院目的	<input type="checkbox"/> 主病名の治療継続 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 長期療養 <input type="checkbox"/> レスパイト <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> 服薬コントロール <input type="checkbox"/> 胃瘻造設 <input type="checkbox"/> シャント造設 <input type="checkbox"/> PTA <input type="checkbox"/> 終末期医療・看護 <input type="checkbox"/> その他()			
紹介元貴施設以外の受診状況	無	有()		
アレルギー歴	無	有()		
感染症	無	有()		
	【培養検査結果(スクリーニング検査も含む)がありましたら、添付をお願いします】			
認知機能等の精神状態に関する問題	無	有()		
皮膚処置	無	有()		
心肺停止時等の急変時の救命蘇生措置についての意向確認	無	有()		
意向・説明・家族構成・キーパーソン・確認等				

以下の資料のご用意をお願い致します。

1. 現病歴、既往歴のわかる書類：診療情報提供書、看護サマリー、介護職のサマリー等
2. 処方箋 ※ 内服薬以外の点眼薬、外用薬等の処方も教えてください。
3. ADL表、介護保険被保険者証
4. 透析患者の場合：透析サマリー、透析記録(直近3回分)