

患者番号 (医師会事務局記入)	医師会確認欄
--------------------	--------

宇治久世医師会
病診連携・あんしんカード
(診療所 → 連携病院 → 医師会事務局)

連携病院確認欄	
(受理日)	(担当者)

※赤文字の項目は医師記入		登録区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	患者区分	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 施設
連携病院の選択 いずれか1つに <input checked="" type="checkbox"/> をいれる	<input type="checkbox"/> 宇治病院	<input type="checkbox"/> 宇治おうばく病院	<input type="checkbox"/> 宇治川病院					
	<input type="checkbox"/> 宇治武田病院	<input type="checkbox"/> 宇治徳洲会病院	<input type="checkbox"/> 京都岡本記念病院					
	<input type="checkbox"/> 都倉病院	<input type="checkbox"/> 中村病院	<input type="checkbox"/> 六地蔵総合病院					
	<input type="checkbox"/> 京都きづ川病院	<input type="checkbox"/> ほうゆう病院	<input type="checkbox"/> 国立病院機構南京都病院					
	<input type="checkbox"/> 久御山南病院	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()					
登録日	平成 年 月 日	更新記載日	平成 年 月 日					
紹介元医療機関名	医師名 (自署)		TEL					
			FAX					
フリガナ 患者氏名	男 女	生年 月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 歳					
住所 現在、生活している所	電話							
緊急連絡先 (キーパーソン)	氏名	電話 (自宅) (携帯)	患者との 間柄					
主病名 (医師記入)	① ② ③							
既往歴・手術歴 (医師記入)								
登録・更新日における処方内容 (医師記入)								
病状等 (医師記入)								
<input type="checkbox"/> DNAR (心肺蘇生しない合意がある場合) <input type="checkbox"/> 自宅看取り (自宅看取りの希望を確認した場合)								
感染症・ アレルギー歴 (医師記入)	HCV抗体	+ . - . 不明	HBs抗原	+ . - . 不明	その他 []			
	薬剤	[] + . - . 不明	食物	[] + . - . 不明	その他 []			
飲酒	<input type="checkbox"/> 毎日 [] <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 飲まない		喫煙	<input type="checkbox"/> 毎日 [本ぐらい] <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 吸わない				
食形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> 流動食 (ミキサー・ペースト食) <input type="checkbox"/> その他 []							
障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2							
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M							
介護保険申請	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5]							
担当の居宅介護支援事業所	事業所名	TEL						
注意事項								