

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)

※赤字の項目は医師記入		登録区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新	患者区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input checked="" 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"/> 宇治武田病院 <input type="checkbox"/> 都倉病院 <input type="checkbox"/> 京都きづ川病院 <input type="checkbox"/> 久御山南病院	<input type="checkbox"/> 宇治おうばく病院 <input type="checkbox"/> 宇治徳洲会病院 <input type="checkbox"/> 中村病院 <input type="checkbox"/> ほうゆう病院 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 宇治川病院 <input type="checkbox"/> 京都岡本記念病院 <input type="checkbox"/> 六地藏総合病院 <input type="checkbox"/> 国立病院機構南京都病院 <input type="checkbox"/> その他		
登録日	平成 29 年 6 月 1 日	更新記載日	平成 年 月 日		
紹介元医療機関名	〇〇医院	医師名 (自署)	〇〇 〇〇	TEL	0774-XX-XXXX
				FAX	0774-XX-XXXX
フリガナ 患者氏名	ウジ タロウ 宇治 太郎	男 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	10 年 1 月 23 日生 82 歳
住所 現在、生活している所	宇治市宇治下居 13-2			電話	0774-24-1711
緊急連絡先 (キーパーソン)	氏名	久世 花子	電話	(自宅) XXX-XXXX-XXXX (携帯) 090-XXXX-XXXX	患者との間柄 長女
主病名 (医師記入)	① 多発性脳梗塞 ② 高血圧症 ③ 通院・入院歴のある病院名も記載してください。				
既往歴・手術歴 (医師記入)	平成xx年xx月、脳梗塞にて左片麻痺。A病院にて加療後、B病院に転院。 誤嚥性肺炎にてB病院に入退院を繰り返し、平成xx年x月に胃瘻造設。				
登録・更新日における処方内容 (医師記入)	バイアスピリン100mg、ノルバスク2.5mg、ランソプラゾール0D15mg (全て1日1回朝食後)				
病状等 (医師記入)	平成xx年x月 B病院退院後、当院にて往診開始 (1回/2週)。四肢筋力低下、拘縮も増強。時々発熱もあり、徐々に衰弱進行してきている。急変も考えられる。				
<input checked="" type="checkbox"/> D N A R (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 []	食物 []	その他 []		
	+・-・不明	+・-・不明			
飲酒: <input type="checkbox"/> 毎日 [] <input type="checkbox"/> 時々 <input checked="" type="checkbox"/> 飲まない	喫煙: <input type="checkbox"/> 毎日 [本ぐらい] <input type="checkbox"/> 時々 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他 [PEG]					
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 checked="" 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"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input checked="" type="checkbox"/> III b <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 checked="" type="checkbox"/> 5]				
担当の居宅介護支援事業所	事業所名	居宅介護支援事業所〇〇 (担当: 〇〇CM)	TEL	XXXX-XX-XXXX	
注意事項	急性期以降は、B病院転院希望。 認知症の妻と2人暮らし。 ※後見人氏名: 〇〇 (TEL: XXXX-XX-XXXX) 依頼病院受診後、連携に必要な情報やその他重要事項等を書いてください。				