

★お手数をお掛け致しますが、診療情報提供書及び患者様連絡表をFAXにて送信下さい。

FAX送付先 042-491-2125 (東京病院 地域医療連携室)

【患者様連絡票】 記入日 年 月 日

(フリガナ) 患者様氏名						男	女
生年月日	M・T・S・H		年	月	日		才
健康保険証		有	・	無	・	生保	
当院受診歴		有	・	無			
現在		入院中	・	外来			

以下に○印、又はご記入をお願いします。

酸素使用 無 ・ 有 (酸素 l /分)
認知症状 無 ・ 有 (徘徊、暴力、譫妄、不穏、その他 ())
ADL フリー、トイレ歩行程度可能、ベッド上
食事 介助不要、介助要、食事摂取困難、胃瘻、IVH
食種 常食 分粥食 嚥下食 (きざみ食・ペースト食・ゼリー食)
流動食 禁食 治療食 その他 ()
宗教食 無 ・ 有 () ・ 不明
アレルギー 無 ・ 有 () ・ 不明
排泄 自立、ポータブル、オムツ、バルーン
感染症 MRSA 有 ・ 無 : 緑膿菌 有 ・ 無

サポート可能な家族 息子・娘・親・その他 () ・ 無
退院後の受け入れ先または家族 有 ・ 未定

受け入れ先未定の場合、診療 (または検査) 後に貴施設で受け入れて頂くことになっております。患者様、家族は入院の必要性について (当日入院の場合は本日入院についても) 説明を受け、納得されていますか?

はい ・ いいえ

精神疾患 (含認知症) のある患者様、脳外科的処理、透析などが必要となる可能性がある患者様については、当院では対応できない場合がありますので、必ずご確認下さい。

独立行政法人国立病院機構 東京病院 地域医療連携室

TEL 042-491-2934 FAX 042-491-2125

※診療内容等については当院ホームページを御覧下さい。

<https://tokyo-hp.hosp.go.jp/>