

在宅療養患者急変時受入に関する事前情報提供書(様式) (事前情報共有時)

病院

科

令和

年

月

日

(新規

・ 更新)

先生

<依頼元>

| | |
|-------|--|
| 医療機関名 | |
| 住 所 | |
| T E L | |
| F A X | |
| 医師名 | |

| | | | | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------|------|----------------|----------------|--------------|----|-------------|---|
| 患者ID | | 性別 | | 生年 月日 | M・T S・H・R | 年 | 月 | 日 |
| (ふりがな) 患者氏名 | | 電話番号 | | | | 年齢 | | |
| 患者住所 | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | 家族氏名 | | 事業所名 | | | | | |
| | 続柄 | TEL | 担当CM 訪問看護ST | | 電話番号 | | | |
| 家族状況 | 独居・夫婦のみ・同居人あり()名・その他 | | | キーパーソン | | | | |
| 認知症の 有 無 | 有 ・ 無 | | 感染症 | 有() 無 ・ 不明 | | | | |
| アレルギー | 有() ・ 無 ・ 不明 | | | | | | | |
| 傷病名 | | | | | | | | |
| 既往歴 | | | | | | | | |
| 経過(治療経過・検査結果など) | | | | | | | | |
| 現在の処方(服用薬)※別添でも可 | | | | | | | 麻薬(有 ・ 無) | |
| 治療に対する意思 (DNR 有 ・ 無)※可能な場合記載 | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | |