

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								