FAX送信票 0220-20-7122

登米市民病院 転院申込書

（各科 外来担当医宛ての診療情報提供書と併せて送信して下さい）

送信先

送信日　令和　年　月　日

登米市民病院 地域医療連携室

987-0511 登米市迫町佐沼字下田中25
TEL 0220-22-5511
（内線850・851・852・853）

●送信元

医療機関名：
所　在　地：
電 話 番 号：
ＦＡＸ番号：
担当医師名：
FAX送信者：

●転院目的： ☐ 回復期リハビリ病棟 **☐ 一般病棟 （ ☐ 治療継続 ☐ リハビリ ☐ その他（　　　））**

●患者さんの情報

フリガナ 患者名：　大・昭・平・令　年　月　日生（　歳） 男 ・ 女	
診断名：　発症：令和　年　月　日 手術：令和　年　月　日（手術名　　）	
感染症	なし ・ あり （ MRSA ・ HBV ・ HCV ・ その他　　）
アレルギー	なし ・ あり （　　）
医療行為	☐吸引（頻度　　） ☐酸素（　ℓ/m） ☐褥瘡処置（部位　　） ☐気管切開 ☐その他 （　　）
移　動	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他（　　）
栄　養	経口（ 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 ） 食形態（　　） 禁食・制限（　　） 経管（ 経鼻 ・ 胃ろう ・ その他　　）（品名　　、　kcal） 点滴 なし ・ あり （ 末梢 ・ 中心 ）
排　泄	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ オムツ ☐ 留置カテーテル ☐ その他（　　）
認知症状	1. 無 2. 軽度 3. 中等度 4. 高度 （治療歴 なし ・ あり　　）（HDS-R：　/30） 徘徊 暴言 暴行 不潔行動 昼夜逆転 看護抵抗 声だし その他（　　）
その他	ナースコール使用（ 可 ・ 不可 ） エアマット使用（ なし ・ あり ） 病室希望（ 個室 ・ 相部屋 ・ どちらでも可 ）

●回復期リハビリテーション病棟を希望される場合は下記も記入ください

運動障害	なし ・ 右 ・ 左 ・ 具体的な症状（　　）
荷重制限	なし ・ あり （　　）
禁忌肢位	なし ・ あり （　　）
言語障害	なし ・ 失語 ・ 構音障害 ・ その他（　　）

登米市民病院 記入欄

移送手段	☐ 自家用車 ☐ 介護タクシー ☐ 救急車
転院日時	令和　年　月　日（　）　：　着予定

2019.5.1