（在緊　様式3）

|  |  |
| --- | --- |
| 診療情報提供書（初回届出用） | |
|  | 記入日　　令和　　年　　月　　日 |
| 〒987-0511 | 医療機関名 |
| 登米市迫町佐沼字下田中25 | 所　在　地 |
| 登米市立登米市民病院 | 電　　　話 |
| 地域医療連携室　行 | F　A　X |
| 電話　0220-22-5511（代表） | 担当医師名 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日　M・T・S・H  　　　　年　　　月　　　日生　（　　　歳）　男　・　女 |
| 患者氏名 |  |
| 住　所 |  | |
| 連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　）電話　　　　　（　　　　） | |
| ケアマネジャー | （事業所名）　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者名）  （電話） | |
| 診断名 |  | |
| 既往歴 |  | |
| 処方内容 | □別紙参照（お薬手帳、処方内容の写し等） | |
| 処置内容 | □点滴の管理（□末梢　□IVH　□ポート）　□経管栄養（□経鼻　□胃廔　□腸廔）  □酸素療法　□褥瘡処置　　□気管切開　　□ドレーン管理  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 日常動作 | □自立　　□見守り　　□車いす　　□寝たきり　　□認知機能障害 | |
| 診療情報 | アレルギーの有無　□無　　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 終末期の対応 | □できるだけ長く生きることを優先して治療を受けたい  （救急救命治療を提供するための病院へ紹介となります）  □長く生きることより苦痛を減らすための治療や負担のない治療を受けたい  □延命治療は希望しない  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |