

# 診 察 申 込 書

清水厚生病院 病診連携室

TEL 054-371-9566

FAX 054-371-9567

患者番号

入所施設名

電話番号

到着時間

時

分頃

チェック欄

チェック欄

フリガナ											性	1. 男	生	1. 明治	年	月	日	年	
氏名											別	2. 女	年	2. 大正				齡	
住所	〒												電	〈自宅〉 ( ) -					
													話	〈連絡先〉 ( ) -					
被保険者 又は 世帯主氏名											備考								

受診希望科 01. 内科 04. 整形外科 その他 ( )

受診理由 1. 診察・処方 2. 入院治療 3. 入院精査 4. 経過観察入院 5. 療養先検討

受診理由

☆今回の症状（いつから、どのような症状、その対応と反応等） ☆経過が必要な申し送り事項

体温： °C 脈拍： 血圧： / SP02： %

<ご家族への説明内容>

普段の移動	杖・歩行器・車椅子・ベッド
食事動作	自立・一部介助・全介助
食形態	普通食・ソフト食・制限食・経管栄養

<入院の同意> 有 無

認知症	有（程度 ）・ 無
-----	-----------

付添者 1. 家族（続柄 ） 2. 施設職員

危険行動	有（具体的に 無
------	-------------

要介護度 支援（ ） 要介護（ ）

ワクチン	コロナ 済（ 回：最終 / ）・未 インフルエンザ 済（ / ）・未
------	---------------------------------------

支払 保険 ・ 生活保護

身長・体重	身長 cm、体重 kg
-------	-------------

患者様の個人情報の利用につきましては、医療に関わる変異を超えて使用致しません。また、法令等の定める場合を除き、患者様の許可無くその情報を第三者に提供致しません。

褥瘡	有（部位 ）・ 無
----	-----------