

救急・時間外受診連絡票

【ケアマネジャーの方へ】

月1回のモニタリング時には、確認・更新をお願いします。
記載日 令和 年 月 日

【救急医療機関の方へ】

患者さんがこの用紙を持参して受診した際は、点線内をご記入後、かかりつけ医へFAX送信をお願いします。

※下記の方が、 月 日 () 時 分頃
受診・入院 しました。
医療機関名・診療科

かかりつけ医療機関名	
電話番号	
FAX番号	

フリガナ 氏名	男・女	生年月日	M T S H R	年 月 日 (歳)		
住所		電話番号				
家族① 連絡先 (キーパーソン)	氏名	続柄				
	住所	電話番号				
家族② 連絡先 (キーパーソン)	氏名	続柄				
	住所	電話番号				
現病歴 既往歴 手術歴 ※主なものに チェックまたは記載 【特記事項】 血液型が AB型RH (-) です	現在治療中の病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒					
	病名:	かかりつけ医:				
	病名:	かかりつけ医:				
	今までにかかったことのある病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒					
<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他の病気⇒ ()						
手術を受けたことはありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒						
病名	手術を受けた病院					
認知症	<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (IIa) <input type="checkbox"/> (IIb) <input type="checkbox"/> (IIIa) <input type="checkbox"/> (IIIb) <input type="checkbox"/> (IV) <input type="checkbox"/> (M) ・ <input type="checkbox"/> 無					
意思疎通	言語コミュニケーション <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 簡単なものは可能 <input type="checkbox"/> 不可能					
内服薬	<input type="checkbox"/> 現在薬は飲んでいない <input type="checkbox"/> 現在薬を飲んでいる ※お薬手帳のコピーを裏面に貼付してください					
介護保険	有 要支援: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 無					
	居宅介護支援事業所名:		電話:			
	ケアマネジャー氏名 (フリガナ)		FAX:			
ADL 医療処置等	移動	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり		口腔	<input type="checkbox"/> 義歯無 <input type="checkbox"/> 義歯有 (全部) <input type="checkbox"/> 義歯有 (部分)	
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (具体的)		食事	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> トロミ	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル		医療処置	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他 ()	

【入所(居)施設・宿泊・通所サービス事業者の方へ】

※家族の方等が付き添う際にもこの用紙を持参させてください

利用者さんが、救急・時間外で医療機関を受診する際は、下記を記入し持参してください。

※持ち物チェック **※コピー可** お薬手帳 健康保険証 介護保険証

状況報告	R 年 月 日 () 時 分頃				
紹介事由 症状・発症日時	いつから・どこが・どのように・どうしましたか				
バイタルサイン	血圧	/	mmHg	脈拍	回/分
	体温		℃	SaO2	%
入所(居)施設 有の場合記入	施設名称				引率者氏名
	住所 電話番号	(連絡担当者)			