様式第３号

　　　年　　　月　　　日

在宅難病患者一時入院医療状況等情報提供書

一時入院医療機関　担当医　様

医療機関名

所在地

医師の氏名

電話番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  患者氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日生  (　 　歳) |
| 住　　所 |  | 電話番号 |  |
| 疾 患 名 |  | | |
| 病状経過及び検査結果（MRSA等の感染症を含む） | | | |
| 患者のＡＤＬ等  食事：　自立・部分介助・全介助・経管栄養・胃ろう  排泄：　自立・部分介助・全介助  コミュニケーション方法：　口話・意思伝達装置・文字盤・その他（　　 ）  その他： | | | |
| 合 併 症 |  | | |
| 気管切開 | □している　　□していない | 人工呼吸器 | □あり　□なし |
| 人工呼吸器の  機種(種類) |  | | |
| その他必要な  医療機器 |  | | |
| 経管栄養の持込 | あり(内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)・なし | | |
| 服薬の持込  (現在の処方) | あり(内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)・なし | | |
| 治療経過（把握している範囲で記載） | | | |
| 緊急時の対応 | | | |

※ 情報提供の内容は最新のものでお願いします。

※ 情報提供の様式は記載される医療機関がお使いのものでも差し支えありません。