

東和病院 地域連携室直通 FAX:06-6621-2266

診療情報・各種サマリー・各種データ等あれば一緒にお送り下さい

日付	令和	年	月	日	曜日
ふりがな					
患者氏名					性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
生年月日	大・昭・平	年	月	日	
いつから					
症状 できるだけ詳しく ご記入下さい					
目的	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院		ADL	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝台	
バイタル	体温	血圧	/	脈拍	SPO2
食事摂取状況	主食	割	副食	割	(自立・介護)
コロナ罹患	無	有→	いつから		
服薬持参	無	有	既往歴		
キーパーソン	氏名	続柄	付添	氏名	続柄
急変時	<input type="checkbox"/> DNAR <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> その他→				
施設名				連絡先	

お急ぎの場合はFAX送信後、お電話にてご連絡をお願いします