

緊急時連絡票 (老人ホーム・介護事業所等 ⇒ 医療機関)

選択して下さい

施設名

担当者

住所

電話番号

【基本情報】

【記載日】 平成 年 月 日

氏名	(フリガナ)		生年月日	元号	-	住所	電話	- -		
				年	-			月	-	日
保険証	-	被保険者名	血液型	A B O AB		HBs	抗原() 抗体()			
					HCV					
			義歯	-		認知症	-			
家族等 (キーパーソン)	氏名	①				②				
	住所									
	電話									
	関係									
既往歴 (現有疾患含む)										
入院(入所)歴										
かかりつけ医	①			②						
ADL	移動	-			排泄	-				
	入浴	-			食事	-				
	着替え	-			意思疎通	-				
	整容・ 口腔ケア	-								

※入所時に基本情報を書き入れた場合は、本票を作成・常備して下さい。状態変化等があった場合は、基本情報を確認・更新して下さい。

【状況報告】

※受診の際には、所要事項を記入し、必ず持参して下さい。

①紹介理由 (症状・発生日時含む)									
②前日までの経過									
③血圧	-	~	-	④体温	-	°C			
内服薬 (下剤・外用薬等含む)									
※お薬手帳がある方は記載不要ですので、手帳を持参願います。									
(引率者氏名:)									
特記事項									

【※本票は盛岡市医師会・紫波郡医師会作成様式の一部補正したもの。紫波郡医師会・紫波郡医療介護連携支援センター】