

# 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	元号	-	月	-	日	-	住所	電話 <input style="width: 100%;" type="text"/>		
					年月日	歳				歳					
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 <input style="width: 100%;" type="text"/>				② <input style="width: 100%;" type="text"/>									
	住所	<input style="width: 100%;" type="text"/>				<input style="width: 100%;" type="text"/>									
	電話	<input style="width: 100%;" type="text"/>				<input style="width: 100%;" type="text"/>									
	関係	<input style="width: 100%;" type="text"/>				<input style="width: 100%;" type="text"/>									
既往歴 (現有疾患含む)		<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>													
入院(入所)歴		<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>													
かかりつけ医		① <input style="width: 100%;" type="text"/>				② <input style="width: 100%;" type="text"/>									
ADL	移動	-				排泄	-								
	入浴	-				食事	-								
	着替え	-				意思疎通	-								
	整容・ 口腔ケア	-													

※入所時に基本情報があった場合は、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)	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
②前日までの経過	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
③血圧	<input style="width: 10%; text-align: center;" type="text"/> - <input style="width: 10%; text-align: center;" type="text"/> ~ <input style="width: 10%; text-align: center;" type="text"/> - <input style="width: 10%; text-align: center;" type="text"/>
④体温	<input style="width: 10%; text-align: center;" type="text"/> - <input style="width: 10%; text-align: center;" type="text"/> °C
内服薬 (下剤・外用薬等含む)	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
※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: <input style="width: 80%;" type="text"/> )	
特記事項	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>

※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です。紫波郡医師会・紫波郡医療介護連携支援センター