

小倉記念病院診察申込書 兼 医療連携室利用票(患者様控)

申込日 令和 年 月 日

受診科

科 先生

医療機関名

所在地

受診希望日 有 ・ 無 ・ 最短日

TEL

令和 年 月 日

FAX

医師名

予約日時のご連絡は、ご紹介元(医療機関)へ差し上げております。ご担当者名をご記入ください。

ふりがな		明・大・昭・平・令
患者様氏名	男 様 女	生年 月日
旧姓		年 月 日 歳
患者様住所		電話番号

※ 保険情報は、保険証をFAXしていただいても結構です。

保険者番号		公費番号等すべて記入をお願いします。	
被保険者記号番号		母子の方は負担金 ¥	
被保険者名 (世帯主名)		本人負担割合	割
被保険者との続柄 ○をおつけ下さい	本人 ・ 家族		
小倉記念病院での受診歴(他科含め)		有 ・ 無	
貴院での入院状況(受診希望日現在)		外来 ・ 入院中	
入院中の方	入院日 R . . ~	科	種類(例:一般病棟) 病棟
画像データ	有 ・ 無	CD-R (枚)	フィルム (枚)

(お願い)

- 事前にカルテ作成の準備をさせていただきたいと思っておりますので、お手数ですが、患者様の氏名・生年月日・性別・住所・電話番号・保険証記号番号(主保険・従保険)を記入してFAXしてください。
- FAX受領後予約日時を電話にて折り返します。患者様へお伝えください。
受診当日、「小倉記念病院診察申込書・医療連携室利用票(患者様控)」、(以下利用票)
「健康保険証・各種医療証」「診療情報提供書(紹介状)」「お薬手帳」「当院診察券をお持ちの方は診察券」をご持参いただき、「利用票」を2階新患受付設置の「黄色の箱」に入れていただくようお願いいたします。

小倉記念病院 代表 093-511-2000
医療連携課 専用FAX 0120-020-027

お願い

月曜日～金曜日 17:00以降の受診や休診日の救急受診については、この申込書のご利用はできませんのでご注意ください。

患者氏名 _____ (歳) 男 女

診断名 (転移部位を含む) _____

現在の治療内容

- 化学療法 手術療法 放射線療法 免疫療法 対症療法
 その他 (_____)

今回の相談内容

からだの問題

- 疼痛・しびれ 全身倦怠感 呼吸困難 咳・痰 嘔気・嘔吐
 食欲不振 腹満感 便秘 下痢 尿閉
 発熱 眠気 浮腫 (部位: _____)
 その他

こころの問題

- 不眠 不安 意欲低下 抑うつ せん妄
 その他

詳しく

その他の問題

- 家族 経済的 仕事や趣味など 病状説明について
 支援について 今後について
 その他

詳しく

具体的な内容

例) 今後のことを考えると苦しくてたまらないなど

希望診療日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃

基本情報

1. 患者名 _____
2. 生年月日 _____ (_____ 歳)
3. 住所 _____
4. キーパーソン _____
5. 保険種類 国民健康保険 社会保険 生活保護
退職者国民健康保険 労災保険
老人保険 後期高齢
その他
6. 介護認定 有 (要支援 _____) (要介護 _____) 無 申請中
7. 身体障害手帳 有 (障害名: _____ 等級: _____)
8. 感染症 有 (_____)
無
9. 医師からの説明 _____
10. 患者の受け止めかた _____
11. 家族の受け止め方 _____
12. 医療処置 点滴管理 中心静脈栄養
経管栄養法(鼻腔 胃瘻 腸瘻) (挿入日: _____ 内容: _____)
酸素療法 L/m (マスク _____ 鼻腔カニューラ)
気管切開
喀痰吸引 _____ 回/日
ストーマケア(コロストミー イレオストミー ウロストミー)
透析 (透析日: _____ シェント部位: _____)
腹膜透析(時間: _____ 薬液 _____)
インスリン療法
尿留置カテーテル (_____ Fr _____) (挿入日: _____)
導尿 _____ 回/日
褥瘡 (部位: _____ グレード _____)
(処置内容: _____)

家族構成

日常生活について

13. 食事の種類 普通食 全粥 5分粥 嚥下食 流動食
その他 内容(_____)
14. 意識レベル 問題あり(JCS _____) 清明
15. 認知症の有無 有(状態: _____) 無

16. PS (パフォーマンスステータス)

- 無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく発病前と同等に振舞える
- 軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や座業はできる。例えば軽い家事、事務など
- 歩行や身の回りのことはできるが、時に少し介助がいることもある。軽労働はできないが、日中の50%以上は起居している
- 身の回りのある程度のことはできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は起居している
- 身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている

17. 意思の疎通 問題あり 問題なし 不明
有の場合 ()

18. 麻痺 有 (部位: 程度:)
無

19. ADL・移動 全面介助 一部介助 自立
補助具 杖 歩行器 車椅子 その他

20. 食事 全面介助 一部介助 セッティングのみ 自立

21. 排泄 全面介助 一部介助 自立
ポータブル 尿便器 おむつ その他

22. 入浴 全面介助 一部介助 自立

23. 着替え 全面介助 一部介助 自立

24. 薬管理 本人 家族など他のもの その他

その他気になる症状・伝えたい内容
(難聴や看護上注意を要することなど含む)