

病院等への情報提供表

フリガナ 氏名		年齢	歳	性別	男・女
TEL		生年月日	M・T・S・H	年	月 日
住所	□：施設に同じ				
病歴等	現在治療中の病気・ケガ		既往歴		
入院歴	①	年	月頃	入院(有・無)	
	②	年	月頃	入院(有・無)	
	③	年	月頃	入院(有・無)	
常用服用薬			アレルギー		
かかりつけ病院名	①			担当医師名	
かかりつけ病院名	②			担当医師名	
搬送先希望病院名					
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 介護なし <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
①緊急 連絡先 (家族等)	氏名			TEL	
	住所			続柄	
②緊急 連絡先 (家族等)	氏名			TEL	
	住所			続柄	
健康保険証番号			有効期限	年	月 日
医療受給者番号			有効期限	年	月 日

心臓マッサージ： する しない
 延命： する しない 挿管： する しない
 人工呼吸器： する しない

以上については、令和 年
 月 日現在の情報です。
 月 日現在の情報です。

情報提供表は下記までご送付ください。

● 郵送の場合：〒651-2115 神戸市西区伊川谷町別府719番1 (株)クレシア 宛て

● FAXの場合：078-978-0281

地域医療介護連絡会