

# 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					<input type="checkbox"/> ：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