

転院相談シート

年 月 日

この度は、転院のご相談頂きまして、ありがとうございます。
 お手数をお掛け致しますが、下記事項にご記入、必要資料をご用意の上FAXにて、ご送付頂けますようお願い申し上げます。

貴施設名	電話	
	FAX	
主診療科	主治医名 :	
連携担当者名 :		
患者様名	男 女	
	生年月日	年 月 日
主病名		
転院目的	主病名の治療継続、リハビリテーション、長期療養、レスパイト その他()	
紹介元貴施設以外の受診状況	無 ・ 有()	
アレルギー歴	無 ・ 有()	
感染症	無 ・ 有()	
【培養検査結果(スクリーニング検査も含む)がありましたら、添付をお願いします】		
認知機能などの精神状態に関する問題	無 ・ 有()	
皮膚処置	無 ・ 有()	
心肺停止時等の急変時の救命蘇生措置についての意向確認		
無 ・ 有()		
意向・説明・確認		

以下の資料のご用意をお願いいたします。

1. 現病歴、既往歴の分かる書類 : 診療情報提供書、看護サマリー、介護職のサマリー等
2. 処方せん ※内服薬以外の点眼薬、外用薬等の処方も教えてください
3. ADL表
4. 透析患者の場合 : 透析サマリー、透析記録(直近3回分)

医療法人財団 織本病院
 東京都清瀬市旭が丘1-261
 TEL : 042-491-2121
 FAX : 042-491-6654