

登録用基本情報

様式3

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

太田川病院 担当医殿
 地域医療介護支援室行
FAX : 082-220-2791
TEL : 082-516-1666

医療機関名
 所在地
 医師名
 TEL
 FAX

患者氏名	フリガナ	□男□女	〒 -
	生年月日		年 月 日 (歳)

傷病名・既往歴等

症状・治療経過

処方

処置内容

人工呼吸器 IVH 末梢点滴 気管切開 吸引 酸素 () L
ストーマ 認知症 褥瘡処置 その他処置 ()

身体状況

独歩 車椅子 寝たきり 自立 一部介助 全介助

※お手数ですが、地域医療介護支援室直通 FAX 082-220-2791 をお願い致します。