

患者状態連絡票

令和 年 月 日

貴院からの紹介患者について、当院紹介後円滑に診療を行えるよう、下記の事項について情報提供をお願いいたします。

紹介元医療機関名称

電 話

ご担当者様

F A X

フリガナ		
患者氏名		男 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年 月 日生 (歳)
緊急連絡先	住所 〒	電話番号

ADL	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
来院方法	<input type="checkbox"/> 病院車 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 救急車(市・病院)
付き添い	<input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> その他

●転院希望日

年 月 日

COVID-19感染発症日	年 月 日
解除日	年 月 日
COVID-19 PCR検査最終実施日	年 月 日
COVID-19 PCR検査結果	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 結果未
発熱状況	

※入院費用について・・・通常保険診療（自己負担あり） 患者さまへ伝達・了承済

医療法人協仁会 小松病院

〒572-8567 寝屋川市川勝町11-6

〔地域医療連携室〕 電話：072-823-1521 FAX：072-821-7013