

患者紹介申込書

紹介元（医療機関名又は事業所名）

		紹介者（医師・ケアマネジャー）お名前	
		電話番号	（ ） —
		FAX番号	（ ） —
フリガナ		男 ・ 女	生年月日
患者氏名			明・大・昭・平 年 月 日（才）
患者情報			
基礎疾患			
日常生活自立度	J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
問題行動	無 ・ 有（徘徊 ・ 奇声 ・ その他（ ））		
排泄	トイレ ・ ポータブル ・ バルン ・ オムツ ・ リハビリパンツ 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 失禁		
医療処置	経鼻・胃瘻・CV・気管切開・O ₂ （ ）ℓ・その他（ ）		
褥瘡	有 ・ 無		
※患者情報			

※かかりつけの先生より申込FAXなど頂く場合は、診療情報提供書の添付又は当日ご持参でも可能です。