

病院転退院調整・在宅主治医照会シート

紹介元病院

病院 科 主治医

元々のかかりつけ主治医 ・ 無

先生 城東区医師会員

訪問看護 S T (_____ S T ・ 未定)

ケアマネージャー (_____ 事業所 ・ 未定 → 当該地域包括へ連絡)

退院予定日時

月 日 (曜日) 退院カンファレンス (_____ 月 _____ 日)

F 病棟

患者基本情報

年齢 性別 男性・女性 負担割合 3割 1割 公費 生保

住所 城東区

家族構成 独居 ・ 同居家族

原疾患

合併症

癌緩和医療・麻薬管理

末梢補液 採血

中心静脈栄養 CV ポート管理

輸血

在宅酸素 HOT

人工呼吸器管理

経管栄養 胃瘻 腸瘻

尿バルーンカテーテル

人工肛門

ウロストミー

特記事項

(以下、医師会使用欄)

先生 御侍史

* 上記患者を _____ 受け入れます ・ _____ 受け入れできません

* 医療機関名 _____ 在宅主治医 _____