

在宅難病患者一時入院医療状況等情報提供書

年 月 日

一時入院医療機関 担当医 様

医療機関名  
所在地  
医師の氏名  
電話番号

㊞

ふりがな 対象患者氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 ( 歳)
住 所			
疾 病 名			
病状の経過			
身体状況			
合 併 症			
気管切開	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	人工呼吸器	<input type="checkbox"/> あり ( )
人工呼吸器の 機種 (種類)			
その他の 医療機器			
経管栄養の持込	あり (内容 )	なし	
服薬の持込	あり (内容 )	なし	
治療経過及び検査結果 (MRSA等の感染症を含む。)			
緊急時の対応			