職員記載欄　　ID　　受診日　　年　　月　　日　　診療科

患者情報シート（施設→病院）

※下記太枠は必ず記入をお願いします

FAX ０４８－７２０－１１４０（伊奈病院）

緊急入院	入院の可能性有	レスパイト入院	外来受診のみ	入居中	デイサービス中	ショートステイ中

傷病者情報	ﾌﾘｶﾞﾅ		性別	施　設　名	
	名前		男 ・ 女	ご担当者名 施設連絡先	
	生年月日	T ・ S　　年　　月　　日　　歳		介護度　支（ 1、2 ）　介（ 1、2、3、4、5 ）	
	移動	□ 寝たきり　□ 車いす　□ 歩行器　□ 自立		□医療行為（　　）	
	食形態	□ 常食　□ 全粥　□ きざみ（荒・細）　□ ペースト　□ トロミあり（強・中・薄）			
	義歯	□ 義歯無し　□ 義歯あり　上・下　□ 総入れ歯　□ 部分入れ歯　その他（　　）			
緊急連絡先（家族等）	キーパーソン 氏　名	続柄（　　）		同居 ・ 別居	
	※家族来院	可　　時ごろ　到着　・不可		その他連絡先	

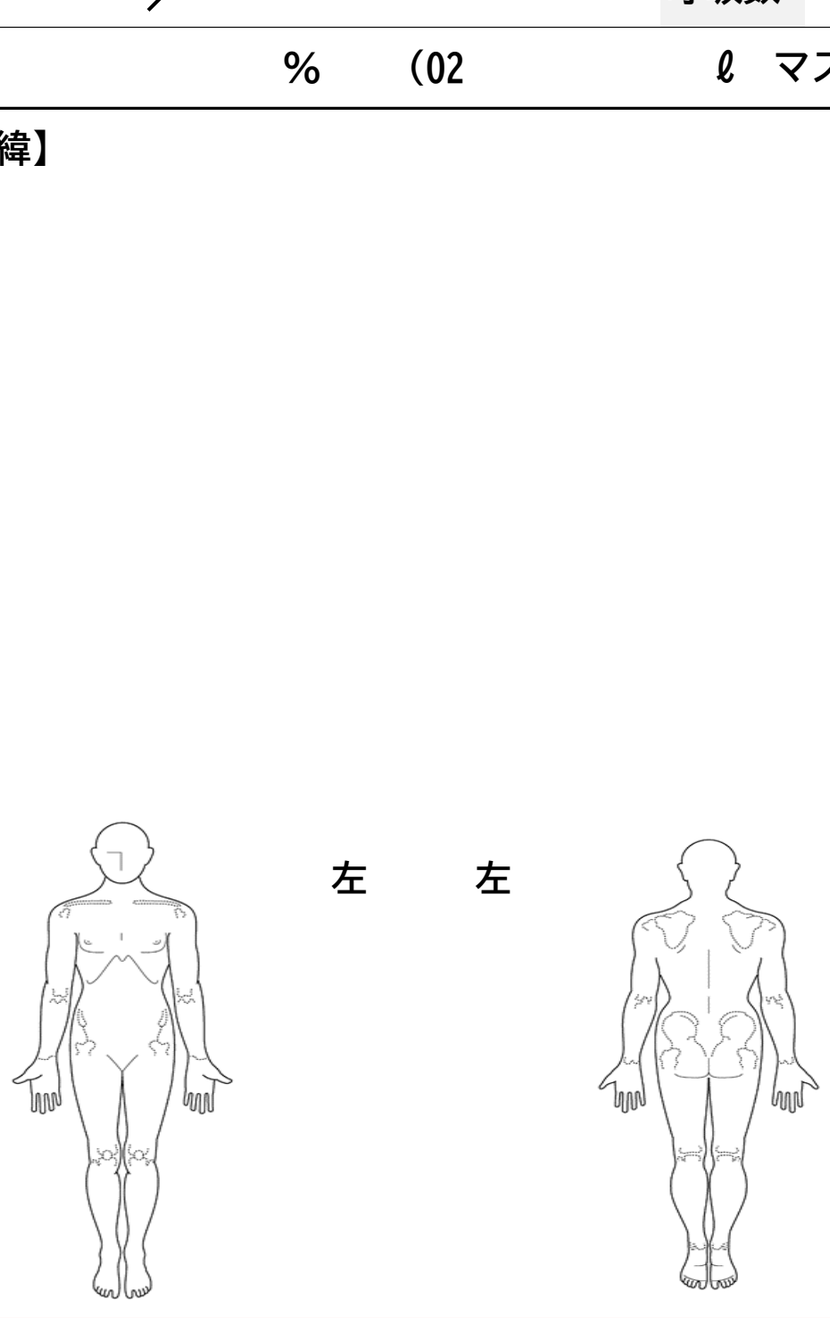
既　往　歴	※認知症　無・有（　年相応　・　軽度　・　重度　）　意思疎通（　可　・　困難　） 問題行動　無・有（　　） （別紙があれば添付でも可）	医療機関　名	
		主治医　名	
常用服用薬	（処方箋等コピー添付でも可）　□別紙あり	診療情報提供書	
サマリー	□ 作成無し　□ 添付あり　□サマリーは　　時頃にFAX予定	□ 有　□ 無	
薬　持参	□ 薬持参無し　□ 薬持参あり　□ 薬は　　時頃に病院持参予定	□ 依頼済み	

最終バイタル・経過　　月　　日　　時　　分			
体 温	℃	脈拍数	回/分
血圧	／	呼吸数	回/分
SP02	% （02　　ℓ　マスク・カヌラ）		

【発症の経緯】

【現　状】

右　　左　　左　　右



意識レベル　○　をつけてください

Ⅰ.覚醒している（1 桁の点数で表現）	
0	意識清明
Ⅰ-1	見当識は保たれているが意識清明ではない
Ⅰ-2	見当識障害がある
Ⅰ-3	自分の名前・生年月日が言えない
Ⅱ.刺激に応じて一時的に覚醒する（2 桁の点数で表現）	
Ⅱ-10	普通の呼びかけで開眼する
Ⅱ-20	大声で呼びかけたり、強く揺するなどで開眼する
Ⅱ-30	痛み刺激を加えつつ、呼びかけを続けると辛うじて開眼する
Ⅲ.刺激しても覚醒しない（3 桁の点数で表現）	
Ⅲ-100	痛みに対して払いのけるなどの動作をする
Ⅲ-200	痛み刺激で手足を動かしたり、顔をしかめたりする
Ⅲ-300	痛み刺激に対し全く反応しない

ｺﾛﾅﾜｸﾁﾝ最終接種日　　年　　月（　　回目）

【搬送方法】　自車　・施設車　・介護タクシー　・救急車
車いす・ストレッチャー

【ＤＮＡＲ】　□　本人確認済　□　家族確認済
□　書面あり　□　書面無し　□　医師口頭確認済

【延命希望時の内容】

＊別紙記載の添付があれば全て記載の必要なし　　＊地域連携課直通　０４８－７２３－２１３０　　2024.12.26　伊奈病院地域連携課