

救急・時間外受診連絡票

【ケアマネジャーの方へ】

月1回のモニタリング時には、確認・更新をお願いします。
記載日 令和 年 月 日

かかりつけ医療機関名	
電話番号	
FAX番号	

【救急医療機関の方へ】

患者さんがこの用紙を持参して受診した際は、点線内をご記入後、かかりつけ医へFAX送信をお願いします。

※下記の方が、 月 日（ ） 時 分頃

受診 ・ 入院 しました。

医療機関名・診療科

フリガナ 氏 名	男・女	生 年 月 日	M T S H R	年 月 日（ 歳）
住 所			電話番号	
家族① 連絡先 (キーパーソン)	氏 名		続 柄	
	住所		電話番号	
家族② 連絡先 (キーパーソン)	氏 名		続 柄	
	住所		電話番号	
現病歴 既往歴 手術歴	現在治療中の病気 ☐ なし ☐ あり⇒ 病名: かかりつけ医: 病名: かかりつけ医:			
※主なものに チェックまたは記載	今までにかかったことのある病気 ☐ なし ☐ あり⇒ ☐ 脳 ☐ 心臓 ☐ 血液 ☐ 肝臓 ☐ 腎臓 ☐ 糖尿病 ☐ 喘息 ☐ 高血圧 ☐ その他の病気⇒ ()			
【特記事項】 血液型が AB型RH(－)です	手術を受けたことはありますか？ ☐ なし ☐ あり⇒ 病名 手術を受けた病院			
認 知 症	☐ (Ⅰ) ☐ (Ⅱa) ☐ (Ⅱb) ☐ (Ⅲa) ☐ (Ⅲb) ☐ (Ⅳ) ☐ (M) ・ ☐ 無			
意思疎通	言語コミュニケーション ☐ 可能 ☐ 簡単なものは可能 ☐ 不可能			
内服薬	☐ 現在薬は飲んでいない ☐ 現在薬を飲んでいる ※お薬手帳のコピーを裏面に貼付してください			
介護 保険	有 要支援： ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 無			
	居宅介護支援事業所名：			電 話：
	ケアマネジャー氏名 (フリガナ)			FAX：
ADL 医療処置等	移 動	☐ 歩行可 ☐ 車いす ☐ 寝たきり	口腔	☐ 義歯無 ☐ 義歯有（全部） ☐ 義歯有（部分）
	麻 痺	☐ 無 ☐ 有（具体的	食事	☐ 普通 ☐ キザミ ☐ トロミ
	排 泄	☐ 自立 ☐ オムツ ☐ 留置カテーテル	医療 処置	☐ 吸引 ☐ 胃ろう ☐ その他()

【入所（居）施設・宿泊・通所サービス事業者の方へ】

利用者さんが、救急・時間外で医療機関を受診する際は、下記を記入し持参してください。 ※家族の方等が付き添う際にもこの用紙を持参させてください

※持ち物チェック ※コピー可 ☐ お薬手帳 ☐ 健康保険証 ☐ 介護保険証

状況報告	R 年 月 日（ ） 時 分頃			
紹介事由 症状・発症日時	いつから・どこが・どのように・どうしましたか			
バイタルサイン	血圧	/ mmHg	脈拍	回/分
	体温	℃	SaO2	%
入所（居） 施設 有の場合記入	施設名称 住 所 電話番号 (連絡担当者)			引率者氏名