送信先；	平日9:00～17:00	FAX (06)6568-1970(地域連携室)
	休日・夜間	FAX (06)6568-1633(事務当直)

COVID-19陽性患者転入院に係る 事前確認シート

年　　月　　日

【紹介先医療機関】

社会医療法人寿会 富永病院

【ご紹介元医療機関】

名　　称

TEL　　(　　)

FAX　　(　　)

フリガナ		保険； □社保 □国保 □後期 □生保 □自費
氏名	□男 □女	当院受診歴；□無 □有 □不明
生年月日	(□T □S □H □R)　　年　　月　　日	患者ID；＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
住所		
外国人の方	日本語(□可 □不可)　日本語不可の場合 言語(　　) 通訳付添い(□無 □有) 日本在住(□在住 □短期滞在者 □旅行者) 日本の健康保険証(□無 □有)	

以下の質問にチェック、ご記入をお願いします。(※診療情報提供書に記載あれば記入不要)	
酸素投与	□無 □有 O_2(　　ℓ)投与下(　　%)
ADL	□自立　□介助(□一部介助 □全介助)
認知度	認知症状； □無　□有
方針	状態悪化時の積極的治療 □希望する □希望しない ※当院ではECMO(エクモ)は対応しておりません。
要介護度	□要介護(　　) □要支援(　　) □無 □不明
介護事業所	事業所名;(　　) TEL;(　　)
キーパーソン	名 前;(　　) 続柄;(　　) 連絡先;(　　) □別居 □同居 (検査実施； □陰性 □陽性 □未実施)

当院記入欄

来院方法	□救急車 □病院車 □徒歩 □自家用車 □タクシー □介護タクシー □その他(　　)
移動方法	□独歩 □杖歩行 □車いす □ストレッチャー
付添い	□なし □あり→本人との関係(　　)
来院予定	時　　分 頃

<u>※記入後、診療情報提供書と一緒にFAXのほどお願いいたします。</u>

問合せ先	平日9:00～17:00	TEL 06-6568-1980(地域連携室)
	休日・夜間	TEL 06-6568-9994(事務当直)

2023.5月作成