

※黄色内ご記入ください。

紹介転院依頼患者情報
(ADL票)

医療機関名	
担当部署	
担当医(者)	
連絡先	

科		DR	ID				
氏名	フリガナ		生年月日	年齢	性別		
			西暦		男・女		
			年 月 日				
病名	主病名						
	併発病名						
	既往歴						
入院緊急度	1. 大至急 ()	来院履歴	無・有()科)				
	2. 日付指定()	感染症	無・有(MRSA・その他)				
	3. 空き次第	準備品	酸素	無・有()L)			
搬送形態	1. 歩行		ルート類	無・有()			
	2. 車椅子		吸引	無・有()			
	3. ストレッチャー	気切	無・有()				
ADL	1.自立 2.軽介助 3.全介助		その他				
	備考()		部屋希望	大部屋	0円	個室	20000 ~30000円
意識レベル	1. クリア	第一希望 ○ 第二希望 △	3. 4人	5500 ~7000円	特別室	32000 ~65000円	
	2. 異常()		2人	9000 ~10000円	※希望部屋に添えない場合があります。		
精神状態	1. 意思疎通 可・不可()						
	2. 不 穏 無・有()						
	3. 危険行動 無・有()						
経過状況			部屋状況				
/			3日フライ・初日よりOK				
:			号室 (人 / 円)				
/			病棟TEL待ち・DRTEL待ち・KEEP・決定				
:			3日フライ・初日よりOK				
/			号室 (人 / 円)				
:			病棟TEL待ち・DRTEL待ち・KEEP・決定				
/			3日フライ・初日よりOK				
:			号室 (人 / 円)				
/			病棟TEL待ち・DRTEL待ち・KEEP・決定				
/			結 果				
:							
/							
:							