

鹿児島市医師会病院緊急受け入れ患者登録用紙

貴施設名		ご担当医師名	
------	--	--------	--

3ヶ月後変更事項変更し、同様にFAX更新して下さい。登録日・更新日は、登録後当院より再度FAX致します。

*登録日	年 月 日	*次の更新日	年 月 日	*登録完了サイン	
登録更新の有無	○更新(内容の変更: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 中止			*患者ID	

*登録日、次の更新日、登録完了サイン、患者IDは当院記載欄

下記該当する○は塗りつぶして下さい。更新時は、変更部分のみ記載して下さい。変更ない場合は、記載不要です。

氏名		性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所					TEL		

現在療養中の場所	<input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 施設	施設名	
----------	---	-----	--

既往歴

歳		歳		歳	
歳		歳		歳	

現在の治療内容および生活状況

現在の治療内容および生活状況					

服薬内容

服薬内容					

医療処置	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	処置内容		認知症の有無	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
ADL	移動	<input type="radio"/> 独歩 <input type="radio"/> 杖歩行 <input type="radio"/> シルバー車 <input type="radio"/> 車椅子	排泄	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> オムツ	
世帯	<input type="radio"/> 独居 <input type="radio"/> 高齢者2人暮らし <input type="radio"/> 子供と同居	キーパーソン			

紹介医の方針	
--------	--

患者・家族への説明	
-----------	--

下記は、医療事務の方にチェックをお願いします。チェックのない場合は、確認のご連絡を入れます。

医療保険	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 船保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 前期高齢 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 未保険	限度額認定証	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
介護保険	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	介護認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 無	特定疾患受給者証	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
---------	---	----------	---

医学管理料算定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有は下記の項目をチェックして下さい。
---------	---	--------------------

<input type="checkbox"/> C002在宅時医学総合管理料	<input type="checkbox"/> C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料
<input type="checkbox"/> C002-2施設入居時等医学総合管理料	<input type="checkbox"/> C108在宅悪性腫瘍等患者指導管理料
<input type="checkbox"/> C003在宅がん医療総合診療料	<input type="checkbox"/> C108-2在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料
<input type="checkbox"/> C100退院前在宅療養指導管理料	<input type="checkbox"/> C109在宅寝たきり患者処置指導管理料
<input type="checkbox"/> C102在宅自己腹膜灌流指導管理料	<input type="checkbox"/> C110在宅自己疼痛管理指導料
<input type="checkbox"/> C102-2在宅血液透析指導管理料	<input type="checkbox"/> C110-2在宅振戦等刺激装置治療指導管理料
<input type="checkbox"/> C103在宅酸素療法指導管理料	<input type="checkbox"/> C110-3在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料
<input type="checkbox"/> C104在宅中心静脈栄養法指導管理料	<input type="checkbox"/> C111在宅肺高血圧症患者指導管理料
<input type="checkbox"/> C105在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	<input type="checkbox"/> C112在宅気管切開患者指導管理料
<input type="checkbox"/> C105-2在宅小児経管栄養法指導管理料	<input type="checkbox"/> C114在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料
<input type="checkbox"/> C106在宅自己導尿指導管理料	<input type="checkbox"/> C116在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料
<input type="checkbox"/> C107在宅人工呼吸指導管理料	