# 転院連絡票

年　　月　　日

紹介先医療機関名　総合南東北病院

ご担当者名　患者サポートセンター

TEL　　0120-60-5533

FAX　　024-934-5328

紹介元医療機関名

部署・担当者名

TEL

FAX

**緊急時は＊のみ記入**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ＊氏名 | | フリガナ | ＊性別　男・女 |
| ＊生年月日 | | 大正　昭和　平成　令和　　年　　月　　日　（　　）才 | |
| ＊転院日時 | | 年　　月　　日　（　　）　　時着 | |
| ＊交通手段 | | 救急車（病院・広域・民間）　自家用車　介護タクシー | |
| ＊同行者 | | 有　医師・看護師・家族（　　）　その他 | |
| ＊キーパーソン | | 有（　　）　無 | |
| ＊移動手段 | | 自立　車椅子　ストレッチャー | |
| ＊意識レベル(JCS) | | 0・1・2・3・10・20・30・100・200・300 | |
| ADL | 食事 | 自立・要介助（見守り・一部介助・全介助） | |
| | 食種 | 普通食・特別食 | |
| | 排泄 | 自立・一部介助・要介助 | |
| | 歩行 | 自立・杖歩行・歩行器歩行・見守り歩行・歩行不可 | |
| | 移動 | 自立・要介助（車椅子・ストレッチャー） | |
| | 保清 | 自立（入浴・シャワー）・要介助 | |
| ＊バイタルサイン | | 血圧　／　脈　体温　℃<br>SpO2　%　（ルーム・酸素　L） | |
| 認知機能の問題 | | 無・有（　　） | |
| ＊感染症 | | 無・有（　　） | |
| ＊医療処置 | | 無・有<br>点滴　酸素　バルーンカテーテル<br>その他 | |
| 病室希望 | | 無・有（大部屋　・　個室） | |

ふくしま病院連携ネットワーク 県中圏域（2026.3）