

転院調整のご担当者様へ

患者様のお名前

転院日時

① 当日お持ちいただくもののご確認をお願いします。

薬（可能であれば3日分以上）

医療物品や注入剤（必要な方のみ）

- ・胃ろうの方：予備の胃ろう1個、接続チューブ1本、注入剤1日分
- ・経管栄養の方：予備のチューブ1本、注入剤1日分
- ・気管切開の方：予備のチューブ1個

看護サマリー

※必要な方は以下の内容の記載をお願いします

- ・胃ろうや経管栄養のチューブの種類・サイズ
- ・気切チューブの種類・サイズ・カフの有無
- ・褥瘡や創傷などの処置の有無

リハビリサマリー

退院証明書

2週間分の熱計表

お持ちの器具等

車いす、バギー、椅子、歩行器、杖など普段使っている物（リハビリに必要です）

※転院後、車いすの貸し出しが必要な場合は事前にご連絡下さい

② 以下の体調確認表にご記入の上、**転院前日**に本用紙をFAX下さい。

1、本日当てはまる症状があれば○をつけてください

・咳 ・咽頭痛 ・鼻汁・鼻づまり ・嗅覚・味覚異常 ・嘔気・嘔吐 ・筋肉痛・関節痛
--

2、およそ二週間前から本日までの間のことをお答えください

発熱があった	いいえ	はい	最高	°C	
			期間	/	~ /
風邪症状があった	いいえ	はい	具体的な症状		
下痢や嘔気などの症状があった	いいえ	はい	具体的な症状		
家庭内・学校・園・職場などで感染症が流行している	いいえ	はい	具体的な感染症名		