

## 聖隷袋井市民病院 患者情報連絡票(入院用)

記入年月日 令和 年 月 日

フリガナ				保険者番号			
氏名	様	男・女	記号		番号		
			区分	本人・家族			
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日			
現住所	〒			後期高齢者・重度障害者医療費助成等( )			
				市町村番号			
				受給者番号			
TEL	( )	—	負担割合		1割・2割・3割		
入院日	令和	年	月	日	曜日	時	分

食事内容	1日	キocal
経口摂取 ⇒ 主食 ⇒	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他( )	
副食 ⇒	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> ゼリー食	
水分とろみ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
減塩	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
経管栄養 ⇒	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻	
	注入内容( )	

※栄養サマリーを事前FAX頂ける際にはご記入は不要です。

転院後貴院受診予約	( )科 令和 年 月 日 時 分
	( )科 令和 年 月 日 時 分
	( )科 令和 年 月 日 時 分

医療機関名:

TEL:

※入院日に来院できないときは、事前に地域医療連携室までご連絡ください。

問い合わせ先

●聖隷袋井市民病院 地域医療連携室  
TEL 0120-115-272  
FAX 0538-41-2812