

心不全・高血圧 教育入院 診療情報提供書

神戸百年記念病院
循環器内科

令和 年 月 日

〒

先生宛 住所：
医療機関：
TEL： - - FAX： - -
医師名：

(フリガナ)		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	M・T S・H 年 月 日	
住所	〒			
	TEL - -			
保険者番号	本人・家族	公費	公費負担者番号	
	記号 番号		公費受給者番号	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 心不全教育入院 <input type="checkbox"/> 高血圧症教育入院			
診断名				

当院に通院中の患者様につきまして情報提供致します。

【患者概要】

- ・ 高血圧症 / 心不全 の発症 年頃または 歳頃
- ・ 血圧 / ~ / mmHg 別紙検査結果 あり なし
- ・ 家族構成 同居者あり 独居
- ・ 日々の食事形態 外食が多い 在宅サービス 自炊が多い 家族が用意する
- ・ 飲酒 なし あり 飲酒量： _____
- ・ 喫煙 なし あり 喫煙期間： _____
- ・ 合併症 なし あり

・心疾患、心疾患治療の既往

・処方内容 お薬手帳の通り 別紙の通り 以下の通り

その他

希望日	第1	入院日： (月 日 / 曜日)	第2	入院日： (月 日 / 曜日)
		支援日： (月 日 / 午前・午後)		支援日： (月 日 / 午前・午後)
		支援日： (月 日 / 午前・午後)		支援日： (月 日 / 午前・午後)

※当院での教育入院の入院期間は原則2週間となります。

※当院では、入院日を含まない5日前以内に

PCR検査・入院前支援(入院中の説明など)を実施させて頂いております。

神戸百年記念病院 地域医療総合支援センター FAX:078-686-1802 TEL:078-681-6250