

【福島県立医科大学附属病院 転院患者連絡票】

年 月 日

福島県立医科大学附属病院
患者サポートセンター: 担当者名 _____

TAL: 024-547-1054 (直通)

転院依頼元医療機関名 _____

FAX: 024-547-1056 (直通)

連携担当者名 _____

患者氏名・性別	男・女
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 生 歳
転院予定年月日	年 月 日 時 出発・到着
交通手段	救急車（病院・民間・消防） 自家用車 / 介護タクシー / その他（ ） ヘリコプター（ドクター・多目的・防災）
同乗者	無 / 有（ 続柄: ）
ADL	食事 自立 / 要介助（見守り・一部介助・全介助）
	排泄 自立 / 要介助（ ）
	移動 歩行（自立・杖） / 車いす / ストレッチャー
感染症	無 / 有（ ）
認知機能の問題	無 / 有（ ）
医療処置・その他 酸素吸入や、点滴持続での移動、カテーテル挿入の状態、エアマット等	

* 転院までに状態に変化がある場合にはお知らせください

当院記入欄

受入口: 総合案内 ・ きぼう棟西入口 ・ みらい棟入口 ・ みらい棟救急車入口 受入病棟: _____ 病棟
