

## 【福島県立医科大学附属病院 転院患者連絡票】

年 月 日

転院依頼元医療機関名 \_\_\_\_\_

患者氏名		
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・その他 )
ADL	食事	自立/要介助( )
	排泄	自立/要介助( )
	移動	歩行/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 <small>酸素吸入や、点滴継続で 移動、カテーテル挿入の 状 態、エアマット等</small>		

\* 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**

患者ID( ) 診療科( )

受入病棟( 内線 ) 医師名( PHS )

受入場所: 総合案内(受付)・きぼう棟西入口・みらい棟救急車入口 (初療室使用 有・無)

搬送予定者(搬送助手・その他 )