

# 患者情報連絡票

ID

患者氏名

生年月日

手書き・エンボスどちらでも可

記録者：

記載日：平成 年 月 日

(1) 自立度 自立歩行 要介助 車イス 寝たきり

(2) 食事 食事 ( ) 水分のみ 絶飲食

(3) 持参薬 あり ( 日分)

(4) 輸液 あり なし

(5) 酸素 マスク ( ) カヌラ ( )

(6) 認知症 あり なし

(7) センサー類の必要性 要 ( )

(8) 連絡先 (家族)

電話 (自宅 携帯 )

(9) その他