

退院・転院前の確認



医療機関

()

転院先:

日付: 月 日 ()

時間: 出発 : : までには到着を
注) 転院の途中で食事や自宅に寄る場合は、連絡が必要になります。

持っていくもの

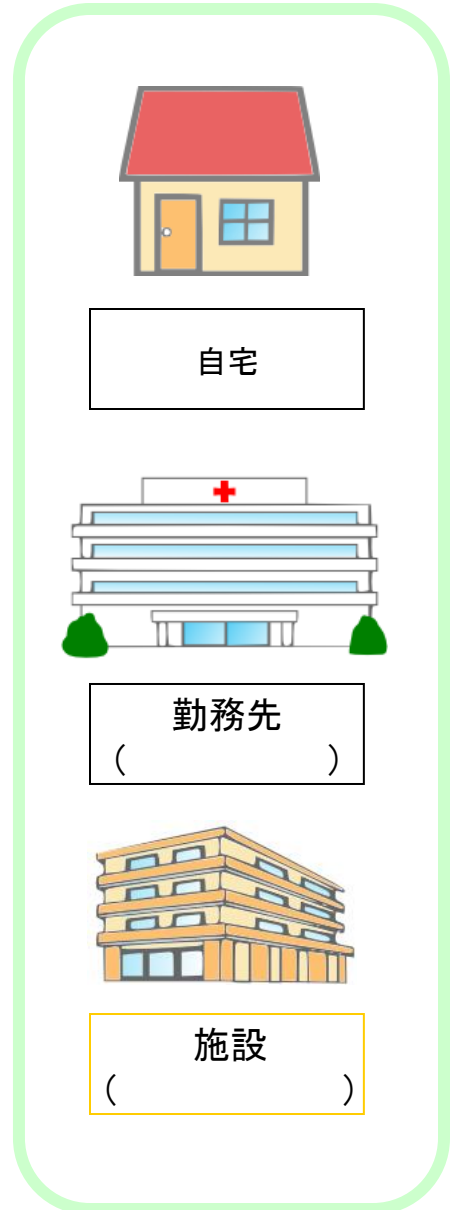
- 保険証
- 限度額適用認定証
- 特定疾患医療受給者証(医療機関追加はお済ですか?)
- 特定疾病療養受領証
- その他、当院入院時に必要な物品

患者状態

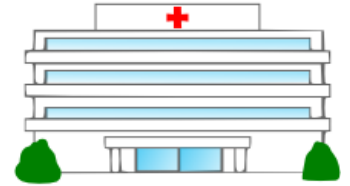
医療処置

必要物品

- | | | |
|--|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 車いす | <input type="checkbox"/> 酸素 Q | <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ |
| <input type="checkbox"/> ストレッチャー | <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 | <input type="checkbox"/> ストレッチャー |
| <input type="checkbox"/> 歩行 | <input type="checkbox"/> 点滴 | <input type="checkbox"/> 車いす |
| <input type="checkbox"/> 意識あり | <input type="checkbox"/> 鎮痛剤 | <input type="checkbox"/> 吸引器 |
| <input type="checkbox"/> 吸引が必要 | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 | <input type="checkbox"/> 電源 |
| <input type="checkbox"/> 酸素が必要 | (セッティングが必要
MEへ連絡) | <input type="checkbox"/> 三又プラグ |
| <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール
が必要 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> シリンジ |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> PCAポンプ |
| | | <input type="checkbox"/> |



自宅



勤務先

()



施設

()

