

ショートステイ利用中の浴風会病院受診について

- ① 浴風会病院がかかりつけ病院の方
 - イ) 定期的な受診日にあたる場合、ご家族等の付き添いで通常通り受診して下さい。
 - ロ) 上記の場合、事前もしくは、ご利用開始の際に、生活相談員またはショートステイ受入れ担当者に、その旨お申し出下さい。受診日当日のご用意をさせていただきます。
 - ハ) ご利用期間中に、体調不良等ご状態の変化が見られた場合、ご家族等にご連絡の上で対応を協議致します。
 - ニ) 受診となった場合、通常の診療時間内であれば浴風会病院にかかることとなりますが、浴風会病院医師により、緊急に外部の専門医または救急病院に受診が必要と判断された場合は、救急搬送する場合があります。
 - ホ) また夜間や休日、緊急に検査などが必要とされた場合も対応可能な外部病院に救急搬送することがあります。
- ② 浴風会病院がかかりつけ病院ではない方
 - イ) ご利用期間中に、体調不良等ご状態の変化が見られた場合、ご家族等にご連絡の上で対応を協議するのは、上記と同様です。
 - ロ) かかりつけ病院に受診される場合は、ご家族等の付き添いで受診して頂きます。
 - ハ) ご利用期間中に、体調不良等ご状態の変化が見られた場合、浴風会病院での受診を希望される方は、予め別紙の診療情報提供書の様式をご利用下さい。利用開始以前（開始日当日を含む）にご提出下さい。
 - ニ) ただし、診療情報の提供があっても、浴風会病院医師により、緊急に外部の専門医または救急病院に受診が必要と判断された場合は、救急搬送する場合があります。また夜間や休日、緊急に検査などが必要とされた場合も対応可能な外部病院に救急搬送することがあります。

診療情報提供書

社会福祉法人 浴風会 特別養護老人ホーム南陽園医務室 担当医宛

フリガナ 患者氏名		男・女	住 所 (〒)
生年月日	明・大・昭 年 月 日	歳	TEL ()
既往歴			
1	(年 月)	4	(年 月)
2	(年 月)	5	(年 月)
3	(年 月)	6	(年 月)
現病名・治療経過 (※定期検診を行われている場合は、直近の結果の写しをご添付ください)			
処方内容			
1		5	
2		6	
3		7	
4		8	
認知症状			
短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 直前のことをすぐ忘れる	<input type="checkbox"/> 判断不可能
理解能力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 簡単な指示のみ理解可能 <input type="checkbox"/> 理解不能
意思伝達能力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 具体的な要求のみ伝達可 <input type="checkbox"/> 伝達不可
BPSD	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
※ありの場合	<input type="checkbox"/> 常時徘徊	<input type="checkbox"/> 被害妄想	<input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 他傷
	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 介護抵抗	<input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> その他 ()
その他留意事項			
状態変化時（発熱、血圧異常、脱力等）の浴風会病院受診について			
平日日中： <input type="checkbox"/> 浴風会病院での受診を希望する <input type="checkbox"/> 下記医療機関(かかりつけ医)で対応する			
休日・夜間： <input type="checkbox"/> 浴風会病院での受診を希望する <input type="checkbox"/> 下記医療機関(かかりつけ医)で対応する			
そ の 他：			
医療機関：名 称			
所在地			
電話番号			
平成	年	月	日 医師氏名