

(様式第1号)

年 月 日

区保健福祉センター所長 様

所 在 地 :

施 設 名 :

代表者名 :

要援護者入退所報告書

次のとおり要援護者を受け入れましたので報告します。

氏 名	
生年月日・性別	大正・昭和・平成 年 月 日生(歳) 男性 ・ 女性
種 別	被虐待障がい者 ・ 被虐待高齢者 ・ 身元不明認知症高齢者(生活保護・その他) ・ 要援護障がい者
発 生 場 所	大阪市 区 丁目 番 号
住 所	大阪市 区 丁目 番 号
取 扱 警 察 署	
社会保険の有無	無し ・ 有り
所 持 金 品	
扶 養 義 務 者 氏名・連絡先	氏名 : (継柄 :) 住所 : 電話番号 :
入 所 年 月 日	年 月 日
退 所 年 月 日	年 月 日
退 所 理 由	<input type="checkbox"/> 施設入所(障がい者施設・特養・養護・救護・その他) 施設名 : <input type="checkbox"/> 入院 医療機関名 : <input type="checkbox"/> 家族・親族の引き取り <input type="checkbox"/> その他()
備 考	

※入所、退所とは、入院、退院の場合も含む。

(様式第2号)

診察依頼書

依頼日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分				
保護日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分頃				
受診者	氏名				男・女
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生まれ 歳			
	住所	区 丁目 番 号			
	連絡先				
	健康保険	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 社保	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> ()
	保険証番号				
	障がい種別	<input type="checkbox"/> 身体障がい(級) <input type="checkbox"/> 知的障がい() <input type="checkbox"/> 精神障がい(級)			
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 無			
	既往歴				
	かかりつけ医	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()			
保健福祉センター担当者	区				Tel :
虐待の区分	<input type="checkbox"/> 身体的 <input type="checkbox"/> ネグレクト <input type="checkbox"/> その他()				
検査を要する事項					
虐待の状況 (本人の訴え・ 身体状況等)					
留意事項					
その他の 特記事項	(治療状況等)				

地域福祉課 担当者名 :

連絡先 :

(様式第3号)

診察結果報告書

受診日時	年月日()午前・午後時分				
受診者	氏名				男・女
	生年月日	大正・昭和・平成年月日生まれ歳			
	住所	区丁目番号			
	連絡先				
	健康保険	<input type="checkbox"/> 国保・ <input type="checkbox"/> 社保・ <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> ()			
	保険証番号				
	障がい種別	<input type="checkbox"/> 身体障がい(級) <input type="checkbox"/> 知的障がい() <input type="checkbox"/> 精神障がい(級)			
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援・ <input type="checkbox"/> 要介護・ <input type="checkbox"/> 無			
病名					
入院要否	<input type="checkbox"/> 入院不要 <input type="checkbox"/> 要入院(<input type="checkbox"/> 総合医療センター・ <input type="checkbox"/> 一般病院・ <input type="checkbox"/> その他()) 必要な処置・治療				
診察所見	意識: <input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> 低下(JCS) <input type="checkbox"/> せん妄() vital: 血圧(/) 脈拍() 体温(°C) SPO ₂ () 疎通性: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 認知症疑い <input type="checkbox"/> その他() 感染症: HBsAg(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) HCV(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) 梅毒(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) 結核の疑い(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有り()) その他() ・その他特記すべき所見				
添付資料	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 胸部X-P <input type="checkbox"/> CT/ <input type="checkbox"/> MRI(部位) <input type="checkbox"/> 心電図() <input type="checkbox"/> その他() ※施行しました検査は、添付貸出し致しますので後日返却お願いします。				

年月日

市立総合医療センター 診療科:

医師名:

連絡先: