

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： (続柄：) 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 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：