

登録機関番号 登録患者番号

□□□-□□□

依頼病院 返信欄	<input type="checkbox"/> 受理しました <input type="checkbox"/> 記入不備・再提出 <input type="checkbox"/> 規定により受理不可	令和 年 月 日 署名	医師会 事務局
-------------	--	----------------	------------

# 松ブルーカード (夜間・休日等 緊急時紹介状)

登録区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新
患者区分	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 在宅

依頼病院の選択	明治橋病院	阪南中央病院	
	松原徳洲会病院	大阪はびきの医療センター	
登録日	令和 年 月 日	更新記載日	令和 年 月 日
紹介元 医療機関名			医師名
電話番号			FAX

フリガナ 患者氏名			性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳 )			
住所	〒			
電話番号				

緊急連絡先 (キーパーソン)	氏名:	患者との 間柄
	電話番号: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明	

主病名					
既往歴					
感染症歴	HCV抗体	+・- 不明	HBS抗原	+・- 不明	その他 [ ]
現病歴					

- 高血圧 糖尿病 高脂血症 肝炎・肝硬変 腎不全・CKD 胃瘻 人工肛門  
脳卒中 心不全 狭心症 COPD・喘息 癌 ( ) 留置カテーテル

内服薬があれば裏面に記入または処方箋の写しを添付

## 重要事項:

薬剤アレルギー歴

食物アレルギー (+・-)

直近の緊急受診歴: 無 有 平成・令和 年 月頃 医療機関名 [ ]

## 日常生活の自立度等について

障害(者)の日常生活自立度 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

(寝たきり度)

認知症の日常生活自立度 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

服薬中の内服薬

--