

## <転院時の確認事項>

病 院 名 : \_\_\_\_\_

氏 名 : \_\_\_\_\_

生 年 月 日 : T ・ S ・ H ・ R 年 月 日 ( 歳 )

日 時 : R 年 月 日 ( )

出 発 時 間 :

移 送 手 段 : 自家用車 ・ 介護タクシー ・ 救急車

A D L : 自立 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車イス

寝たきり エアマット: 要 ・ 不要

その他 ( )

栄 養 : 経口 ・ 経管 (種類: )

感 染 症 : 有 (種類: ) ・ 無

個 室 希 望 : 有 ・ 無

予 定 退 院 先 :  検討中  自宅

施設 : 申込み 済 ・ 未 (施設名: )

病院 : 申込み 済 ・ 未 (病院名: )

受け入れ : 可 ・ 不可

JCHO 秋田病院 地域医療連携室  
TEL 0185-52-3271(代 表)  
TEL 0185-52-3100(連携室直通)  
FAX 0185-54-1266(連携室直通)