



病診連携・あんしんカード システムマニュアル

一般社団法人
宇治久世医師会

目次

項目	担当			ページ
	(登録医)	(連携病院)	(事務局)	
◆ はじめに ◆ 病診連携・あんしんカードシステム概説 ◆ 参加資格				1
◆ 病診連携・あんしんカードシステム概要図				2
◆ 患者への適用	●			3
◆ あんしんカードの作成（新規・更新）	●			
◆ あんしんカードの受理		●		4
◆ あんしんカードの登録			●	
◆ あんしんカードの発行	●		●	5
◆ あんしんカードの発動		●		6
◆ 発動後のあんしんカード更新・再登録	●	●	●	
◆ あんしんカードの更新	●		●	7
◆ 更新済あんしんカードの受理		●		
◆ あんしんカードの中止	●		●	

(様式)

様式 1	同意書
様式 2	患者配布用資料（1. あんしんカード使用にあたって）
様式 3	患者配布用資料（2. あんしんカード使用方法）
様式 4	病診連携・あんしんカード専用封筒サンプル
様式 5	病診連携・あんしんカード
様式 6	病診連携・あんしんカード使用状況報告書

はじめに

宇治久世医師会では新たな病診連携体制を構築するべく、平成 28 年 10 月より在宅医療定例協議会および病診連携ワーキンググループで協議を重ね、「病診連携・あんしんカード」システムを始動いたしました。平成 29 年 1 月 18 日に第 1 回病診連携連絡協議会を発足し、現在は宇治久世医師会員と宇治・城陽・久御山圏域 17 病院の地域連携担当の医師と実務担当者で構成しています。

診療所の医師が診ている患者の情報は多くの場合、同医師の「手元」にしかなく、患者の急変に対する備えが不十分です。「病診連携・あんしんカード」を使って連携病院と情報が共有できていれば、診療所と受入病院との連携が取りやすくなります。患者の健康や安心を確保するだけでなく、在宅医の 24 時間体制の緩和につながり在宅診療拡充の大きな一歩になります。

また救急医療の現状を見ると、高齢患者の搬送が増え、中には救命というよりも看取りに近いケースが増加しています。事前に連携病院と地域の在宅医の間に「看取りもありうる」「看取りを希望している」などの情報共有があれば、患者の尊厳を損なうことのない倫理的にも適切な処置をしていただけます。

この「病診連携・あんしんカード」を新たな病診連携体制として育てていただきますようお願いいたします。

病診連携・あんしんカードシステム概説

本システムは、夜間・休日における患者病状急変時の対応システムのことです。「病診連携・あんしんカード（以下あんしんカード）」により、あらかじめ登録された連携病院で対応していただく、または病状に応じて連携病院から連絡を受けた他院で対応していただくことにより、地域住民の方が夜間・休日も安心して医療を受けて頂けるシステムです。

(参照 p.2 病診連携・あんしんカードシステム概要図)

参加資格

本システムは連携病院の協力を得て成り立っています。本システムへのご参加は、患者やそのご家族とかかりつけ医の先生が趣旨をよくご理解いただいた上で、宇治久世医師会員であればどなたでもご登録いただけます。

病診連携・あんしんカードシステム概要図

▶ 新規登録①～④、発行⑤までの流れ (p.3～5)



【登録医】

① あんしんカードについて患者・家族に説明し、同意書を取得する。(P.3 患者への適用)

⑤ 専用封筒にあんしんカードと、その他情報(任意)を入れて、患者・家族に渡す。(P.5 あんしんカードの発行)



【登録対象患者】

適用基準は P.3 参照

② あんしんカードを作成し、連携病院に FAX する。(P.3 あんしんカードの作成)

④ 受理されたあんしんカードを登録し、登録医に登録完了通知一式を郵送する。(P.4 あんしんカードの登録)

②～④までの処理は
7日以内(※)

※事情により上記が難しい場合はその旨、医師会事務局に連絡する。

【宇治久世医師会事務局】

(医療介護連携担当)

【連携病院】



③ あんしんカードに受理日/担当者を記載の上、事務局に FAX する。(P.4 あんしんカードの受理)

※受入れ不可の場合は直接、紹介元診療所の登録医に連絡する。



※②～⑤の手順は、カードの更新時も同様。

▶ 発動①、発動の通知②③、更新④までの流れ (p.6～7)



【登録対象患者】

① 夜間休日等の急変時に、連携病院を受診する。(P.6 あんしんカードの発動)



【連携病院】



④ あんしんカードを継続使用する場合は再度作成(更新)し、連携病院に FAX する。(p.6 発動後のあんしんカード更新・再登録)

② 患者が持参したあんしんカードを回収する。使用状況報告書を記載し、事務局に FAX する。(p.6 発動の通知)



【登録医】

【宇治久世医師会事務局】

(医療介護連携担当)

③ 使用状況報告書を登録医に FAX する。

患者への適用

▶ あんしんカード登録医

- ・登録医は、適用基準を満たしている患者に対して、本システムについて十分説明し同意が得られたら、「個人情報使用同意書」への記入を依頼する。(様式1参照)
- ・「個人情報使用同意書」は、紹介元診療所と患者とで1枚ずつ保管する。
(原本は紹介元診療所で保存する)

【登録患者の適用基準】

1. 在宅患者
2. がん末期患者
3. 要介護患者 (ADL 制限あるもの)
4. 過去に救急受診歴があるか入退院を繰り返す患者
5. 症状急変のリスクが高い患者
6. 心肺疾患・脳卒中既往患者で急変の可能性ある患者
7. その他主治医が必要と認めた患者 (喘息・腎不全など)

あんしんカードの作成 (新規・更新)

▶ あんしんカード登録医 (様式5 病診連携・あんしんカード 記入例参照)

- ・カードの「登録区分」で「新規」か「更新」を選択する。
- ・カードの「患者区分」で「一般」か「在宅」か「施設」を選択する。
- ・連携を依頼する病院を連携病院の中から一つ選択(※)する。
※ 連携病院の選択について
 - ・過去に受診歴/入院歴のある病院を優先して選択する。
 - ・受診歴/入院歴がなければ、可能な限り連携病院への受診を促す。
- ・登録年月日 (最初に「あんしんカード」を記載した日) を記入する。
- ・紹介元診療所名、医師名(自署)、TEL/FAX、患者氏名、性別、生年月日、年齢を記入する。
- ・記載する住所は、登録時に患者が生活している場所を記入する。
- ・患者の緊急連絡先を記入する。一つはすぐに連絡がとれる番号を記入する。
- ・「主病名」「既往歴・手術歴」「処方薬」を記入する。
- ・その他特記事項は、「病状等」にある自由記述欄に記入する。
- ・心肺蘇生しない合意がある場合は「DNAR」にチェック、自宅看取りの希望を確認した場合は「自宅看取り」にチェックする。話し合いができていない場合は空白とする。

- ・ 感染症歴、アレルギー歴を記入する。（※以上、赤字の項目は必ず医師が記入する）
- ・ 飲酒、喫煙、食形態について記入する。
- ・ 障害・認知症高齢者の日常生活自立度について記入する。
- ・ 介護保険申請の有無について記入する。申請中は「無」とする。
- ・ 利用中の居宅介護支援事業所があれば記入する。
- ・ カード最下部の注意事項欄に特記/重要事項(※)を記入する。

※注意事項に記載する情報（例）

- ・ 自院以外に受診歴のある医療機関、急性期以降に病病連携が必要になるケースに備えて必要な情報
- ・ 家族構成や後見人の有無等の特記事項 など
- ・ 必要事項が記入されたカードを、希望する連携病院へFAXする。

あんしんカードの受理

▶ 連携病院

- ・ 登録医より FAX された「あんしんカード」を受け取ったら、「確認欄」に受理日・担当者名を記入の上、宇治久世医師会事務局に FAX する。

※受入れが難しい場合は地域連携室の「あんしんカード」担当者が紹介元診療所の登録医に直接連絡する。

あんしんカードの登録

▶ 宇治久世医師会事務局

- ・ 宇治久世医師会事務局は連携病院から「あんしんカード」を受け取り、カード左上に患者番号を入れる。システムに登録し、登録完了印を押印する。
(事務局の受付日は、原則月～金の午前9時30分～午後5時30分。時間外に受け付けたものは翌営業日以降に処理する。)
- ・ 紹介元診療所に登録済の「あんしんカード」を FAX し、登録完了の通知一式（患者への配布資料含む）を郵送する。

▶ あんしんカード登録医（重要）

- ・ **7日以内**（土日祝含まず）に宇治久世医師会より登録完了の通知一式が届かない場合は紹介元診療所が、連携病院へ直接、受信確認の連絡を入れる。

あんしんカードの発行

▶ あんしんカード登録医

- ・宇治久世医師会事務局より登録完了の通知一式が届いたら、患者またはその家族に、「あんしんカード」を入れた専用封筒を渡す。薬剤情報や血液検査結果等、その他添付書類があれば必要に応じて同封する。

※専用封筒は、玄関先など置き場所を事前に決めておき、緊急時は家族や救急隊がすぐに持ち出せるように説明する。

- ・登録医は本システムやあんしんカード発動時の対応について、患者と家族への配布用資料（様式 2. 病診連携・あんしんカードの使用にあたって 様式 3. 病診連携・あんしんカードの使用法）に基づいて、十分説明する。

※ 患者と家族への配布物

- ・あんしんカード（様式 5 参照）
- ・専用封筒（様式 4 参照）

- ・患者配布用資料 1（様式 2 参照）
- ・患者配布用資料 2（様式 3 参照）

The image displays the distribution materials for the 'Anshin Card' system. On the left is the registration form (Form 4), which includes fields for patient name, date of birth, and doctor information. In the center is the 'Anshin Card' (Form 5), which is a card with a rainbow border containing the doctor's name, patient name, and contact information. On the right are two explanatory leaflets (Form 2 and Form 3) that provide instructions on how to use the card and the system, including steps for registration and emergency use.

(※封筒はのりづけしない。他の情報も適宜同封できるようにしておく。)

あんしんカードの発動（登録患者の病状が急変し、連携病院に緊急受診した場合）

夜間、休日等で登録医が対応できない状況下で、あんしんカード登録患者の病状が急変した場合、登録患者は「あんしんカード」で指定された連携病院に電話し、確認の上、受診する。その際、患者は「あんしんカード」入り専用封筒を受診する連携病院に提出する。

▶ 連携病院（カード回収、発動の通知）

- ・登録患者の緊急受診を受け入れた連携病院は「あんしんカード」を回収する。
（転送の場合は「あんしんカード」を回収しない。転送先病院で患者が提出する。）
- ・担当者が「あんしんカード使用状況報告書」に記入し（様式 6 参照）、宇治久世医師会事務局に FAX する。
（入院の場合は、退院時にも再度、使用状況報告書の「退院報告欄」に記載の上、宇治久世医師会事務局に FAX する。）

※この使用状況報告書により、紹介元診療所の登録医および宇治久世医師会事務局はあんしんカードの発動（緊急受診）を通知される。

▶ 宇治久世医師会事務局

- ・連携病院から FAX された「使用状況報告書」を紹介元診療所に FAX する。

▶ あんしんカード登録医

- ・宇治久世医師会事務局より「使用状況報告書」が届いたら、連携病院と速やかに連絡をとり、連携を図る。

発動後のあんしんカード更新・再登録

一度「あんしんカード」が発動されると、発行した「あんしんカード」は連携病院に原則回収される。（様式 6 使用状況報告書の「あんしんカード回収欄」参照）そのため、カードを継続して利用したい場合は、更新と再登録が必要となる。

▶ あんしんカード登録医

- ・カード回収の有無にかかわらず、引き続き「あんしんカード」を使用する場合、登録医は連携病院からの「使用状況報告書」を参考に、再度「あんしんカード」を作成する。
- ・あんしんカード右上の「更新」にチェックを入れ、連携病院へ FAX する。

※更新された「あんしんカード」は連携病院を経由後、宇治久世医師会事務局で再登録処理される。事務局より完了通知が届き次第、再度、患者に「あんしんカード」を発行する。

(p.5の発行手順と同様)

▶ 連携病院

- ・登録医より FAX された「あんしんカード」を受け取ったら、「確認欄」に受理日・担当者名を記入の上、宇治久世医師会事務局に FAX する。(p.4の受理手順と同様)

あんしんカードの更新 (発動時以外の更新)

▶ あんしんカード登録医

- ・登録日より1年を目安に「あんしんカード」の内容を確認し、必要に応じて更新する。
- ・登録日は変更せず、あんしんカードの「更新記載日」欄に更新日を記入する。
- ・更新した「あんしんカード」を連携病院へ FAX する。

※連携病院を変更する場合は、登録区分は「新規」とする。

※患者の容態等が変化し、記載内容に変更を生じた場合は、その都度更新を行う。

※期限を過ぎて更新する場合も、登録日は変更しない。更新記載日欄に更新日を記入する。

更新済あんしんカードの受理

▶ 連携病院

- ・登録医より FAX された「あんしんカード」を受け取ったら、「確認欄」に受理日・担当者名を記入の上、宇治久世医師会事務局に FAX する。(p.4の受理手順と同様)

あんしんカードの中止

▶ あんしんカード登録医

- ・通院（在宅診療）がなくなった、転居、死亡した等の理由で中止する場合は、宇治久世医師会事務局に電話で連絡する。(連携病院には宇治久世医師会事務局より連絡)

(様 式)

項 目		担 当	
		(登録医)	(連携病院)
様式 1	同意書	●	
様式 2	患者配布用資料 (1. あんしんカード使用にあたって)	●	
様式 3	患者配布用資料 (2. あんしんカード使用方法)	●	
様式 4	病診連携・あんしんカード専用封筒サンプル	●	
様式 5	病診連携・あんしんカード	●	
様式 6	病診連携・あんしんカード使用状況報告書		●

宇治久世医師会 病診連携・あんしんカードシステム利用における 個人情報使用同意書

<システム利用の目的>

宇治市・城陽市・久御山町において医療・介護・福祉・生活支援などのサービス提供に係わる医療関係者（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、救急隊等）が、主として在宅医療を受けている高齢者の医療や身体状況に関する情報を共有することにより、連携体制の質的向上と充実を図ることを目的とします。

<使用条件>

個人情報の提供は前述した目的の範囲内で必要最小限にとどめられ、関係者以外にその情報が漏れることのないよう細心の注意を払います。また本システムで管理する個人情報は、個人情報保護法に基づき適切に管理します。患者さんに利用料金がかかることはありません。

同意の確認

私（在宅患者及びその家族）の個人情報は、必要最小限の範囲内で使用することに、

同意します

※同意する方のみ「同意します」に✓をして下さい。

(病診連携・あんしんカード登録医)

登録医は、病診連携・あんしんカードシステムでの個人情報の取り扱いに当たり、患者に対して同システム利用における個人情報使用同意書に基づき、その内容について説明した。

平成 年 月 日 (病診連携・あんしんカード登録医)

医療機関名

医師名

印

(在宅患者及びその家族等)

私は、病診連携・あんしんカードシステム利用における個人情報使用同意書に基づき登録医からその内容について説明を受けました。

平成 年 月 日 (患者)

住所

氏名

印

(患者の家族等)

住所

氏名

印

1. 病診連携・あんしんカードの使用にあたって

- ◆ 夜間・休日などに突然病状が変化した場合に使用するカードです。
- ◆ 登録の病院が満床および緊急対応中の場合は、他の救急病院での対応になることもあります。また、病状により他の病院を紹介させていただく場合もあります。
- ◆ 重症・緊急の場合以外は、救急車ではなくタクシーやマイカーを利用してください。緊急性が低い時や判断に困った時は、かかりつけ医か、担当の訪問看護師等に連絡して相談してください。
- ◆ 救急車を呼ぶ場合、宇治市・城陽市・久御山町以外の救急隊は「あんしんカード」を知らない可能性があるため、その時はカードを渡してもらい、「カードに書いてある病院へ搬送して欲しい」と依頼してください。
- ◆ 症状によっては（一刻を争う場合や心臓や脳疾患など特殊な病態の場合）カードの登録先病院以外の病院への搬送が望ましい場合があります。その場合は救急隊が判断した病院に搬送される可能性があります。
- ◆ 夜間や休日は、病院で十分な検査や投薬ができない場合もあります。
- ◆ 受診時は、「あんしんカードが入った専用封筒」、「保険証」、「おくすり手帳（薬剤情報）」、「現在処方されている薬」を持って行ってください。



2. 病診連携・あんしんカードの使用方法

1

まずは「あんしんカード」で決められた登録病院に、直接電話連絡してください。その際必ず「病診連携・あんしんカード」を持っていることを教えてください。



2

その病院から、どのようにすればいいか指示を受けます。

登録の病院が満床および緊急対応中の場合は、他の救急病院での対応になることもあります。

また、病状により他の病院を紹介させていただく場合もあります。



3

病院へ行かれる際には、次のものを準備してください。

- 「病診連携・あんしんカード」 在中の封筒
- 保険証
- お薬手帳（薬剤情報）
- 現在処方されている薬剤

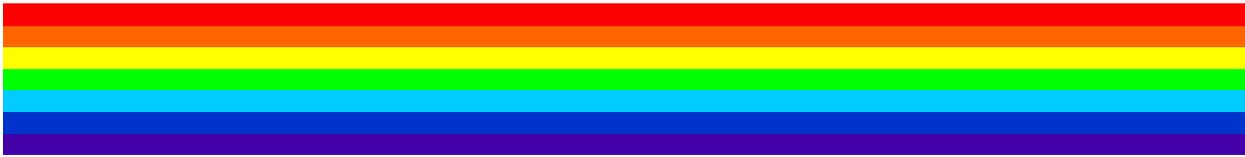


4

後日、かかりつけ医と病院が連絡を取り合います。

※「病診連携・あんしんカード」について

- ・このカードは、夜間・休日などに突然病状が変化した場合に、安心して治療が受けられるように考案され、宇治久世医師会と複数の連携病院の協力により誕生したものです。
- ・使用については、「1. 病診連携・あんしんカードの使用にあたって」と「2. 病診連携・あんしんカードの使用方法」をお読みいただき、ご不明な点はあらかじめ、かかりつけ医にご相談ください。



宇治久世医師会



病診連携・あんしんカードシステム



登録患者

様用

病院 御中

(☎病院の連絡先:)

紹介元医療機関名:

住所:

電話番号:

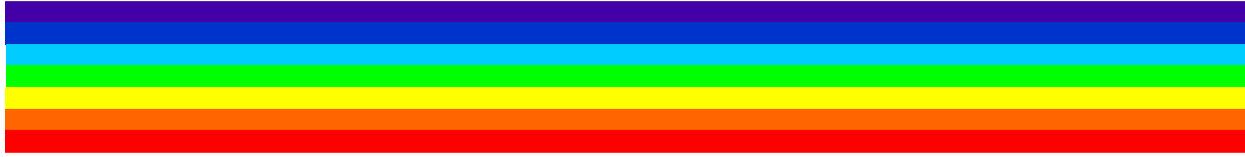
主治医:

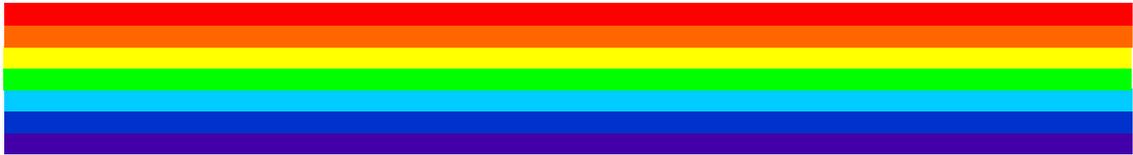
(封筒に入っているもの)

- 病診連携・あんしんカード (必須)
- 検査結果 薬剤情報 (おくすり手帳など)
- 入院時情報提供用紙、訪問看護サマリーなど
- 事前指示書「わたしの思い」シート
- その他 ()

※緊急の時、救急隊がカードの内容を確認させていただくことがあります。

※封をせず、保険証と一緒に保管してください。





病診連携・あんしんカードの使用方法



このカードは、夜間・休日などに突然病状が変化した場合、安心して治療が受けられるように考案されたものです。

1. 登録病院の連絡先（封筒表面の電話番号）に、電話連絡してください。
その際必ず、「病診連携・あんしんカードを持っています」と教えてください。
2. 病院から、どのようにすればいいか指示を受けます。
3. 病院から受け入れ許可が出れば、下記の持ち物を準備し、受診してください。
※救急車を呼ぶ場合は救急隊に封筒を渡し、カードの登録病院への搬送を依頼してください。

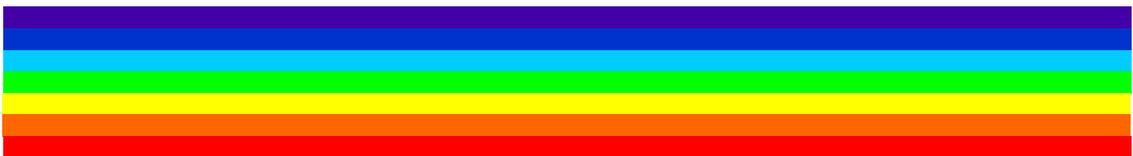
（注意事項）

- ・登録先病院が急患対応中や満床で、受け入れできない場合があります。
その際、他の連携先病院を紹介させていただくことがあります。
- ・症状によっては、救急隊が判断した病院に搬送される可能性があります。
（一刻を争う場合や心臓や脳疾患などの特殊な病態の場合など）
- ・重症・緊急の場合でなければ、タクシーや自家用車で受診してください。
緊急性が低い時や判断に困った時は、かかりつけ医や訪問看護師等に相談してください。



受診するときの持ち物

- 病診連携・あんしんカード（この封筒） ● 保険証
- おくすり手帳 ● 現在服用中のお薬



患者番号 (医師会事務局記入)	医師会確認欄
--------------------	--------

宇治久世医師会
病診連携・あんしんカード
(診療所 → 連携病院 → 医師会事務局)

連携病院確認欄	
(受理日)	(担当者)

※赤文字の項目は医師記入		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	<input type="checkbox"/> 施設
連携病院の選択 いずれか1つに <input checked="" type="checkbox"/> をいれる	<input type="checkbox"/> 宇治病院	<input type="checkbox"/> 宇治おうばく病院	<input type="checkbox"/> 宇治川病院					
	<input type="checkbox"/> 宇治武田病院	<input type="checkbox"/> 宇治徳洲会病院	<input type="checkbox"/> 京都岡本記念病院					
	<input type="checkbox"/> 都倉病院	<input type="checkbox"/> 中村病院	<input type="checkbox"/> 六地蔵総合病院					
	<input type="checkbox"/> 京都きづ川病院	<input type="checkbox"/> ほうゆう病院	<input type="checkbox"/> 国立病院機構南京都病院					
	<input type="checkbox"/> 久御山南病院	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()					
登録日	平成 年 月 日	更新記載日	平成 年 月 日					
紹介元医療機関名	医師名 (自署)		TEL					
			FAX					
フリガナ 患者氏名	男 女	生年 月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 歳					
住所 現在、生活している所	電話							
緊急連絡先 (キーパーソン)	氏名	電話 (自宅) (携帯)	患者との 間柄					
主病名 (医師記入)	① ② ③							
既往歴・手術歴 (医師記入)								
登録・更新日における処方内容 (医師記入)								
病状等 (医師記入)								
<input type="checkbox"/> DNAR (心肺蘇生しない合意がある場合) <input type="checkbox"/> 自宅看取り (自宅看取りの希望を確認した場合)								
感染症・ アレルギー歴 (医師記入)	HCV抗体	+ . - . 不明	HBs抗原	+ . - . 不明	その他 []			
	薬剤	[] + . - . 不明	食物	[] + . - . 不明	その他 []			
飲酒	<input type="checkbox"/> 毎日 [] <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 飲まない		喫煙	<input type="checkbox"/> 毎日 [本ぐらい] <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 吸わない				
食形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> 流動食 (ミキサー・ペースト食) <input type="checkbox"/> その他 []							
障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2							
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M							
介護保険申請	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5]							
担当の居宅介護支援事業所	事業所名		TEL					
注意事項								

患者番号 (医師会事務局記入)	医師会確認欄
--------------------	--------

宇治久世医師会
病診連携・あんしんカード
(診療所 → 連携病院 → 医師会事務局)

連携病院確認欄	
(受理日)	(担当者)

※赤字の項目は医師記入		登録区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新	患者区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設	
連携病院の選択 いずれか1つに <input checked="" type="checkbox"/> をいれる	<input type="checkbox"/> 宇治病院	<input type="checkbox"/> 宇治おうばく病院	<input type="checkbox"/> 宇治川病院	<input type="checkbox"/> 宇治武田病院	<input type="checkbox"/> 宇治徳洲会病院	<input type="checkbox"/> 京都岡本記念病院
	<input type="checkbox"/> 都倉病院	<input type="checkbox"/> 中村病院	<input type="checkbox"/> 六地蔵総合病院	<input type="checkbox"/> 京都きづ川病院	<input type="checkbox"/> ほうゆう病院	<input type="checkbox"/> 国立病院機構南京都病院
	<input type="checkbox"/> 久御山南病院	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()			
登録日	平成 29 年 6 月 1 日	更新記載日	平成 年 月 日			
紹介元医療機関名	〇〇医院	医師名 (自署)	〇〇 〇〇	TEL	0774-XX-XXXX	
				FAX	0774-XX-XXXX	
フリガナ 患者氏名	ウジ タロウ 宇治 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	10 年 1 月 23 日生 82 歳	
住所 現在、生活している所	宇治市宇治下居 1 3 - 2			電話	0774-24-1711	
緊急連絡先 (キーパーソン)	氏名	久世 花子	電話	(自宅) XXX-XXXX-XXXX (携帯) 090-XXXX-XXXX	患者との間柄	長女
主病名 (医師記入)	① 多発性脳梗塞 ② 高血圧症 ③					通院・入院歴のある病院名も記載してください。
既往歴・手術歴 (医師記入)	平成xx年xx月、脳梗塞にて左片麻痺。A病院にて加療後、B病院に転院。 誤嚥性肺炎にてB病院に入退院を繰り返し、平成xx年x月に胃瘻造設。					
登録・更新日における処方内容 (医師記入)	バイアスピリン100mg、ノルバスク2.5mg、ランソプラゾール0D15mg (全て1日1回朝食後)					
病状等 (医師記入)	平成xx年x月 B病院退院後、当院にて往診開始 (1回/2週)。四肢筋力低下、拘縮も増強。時々発熱もあり、徐々に衰弱進行してきている。急変も考えられる。					
	<input checked="" type="checkbox"/> DNAR (心肺蘇生しない合意がある場合)		<input type="checkbox"/> 自宅看取り (自宅看取りの希望を確認した場合)			
感染症・アレルギー歴 (医師記入)	HCV抗体 (+・-・不明)	HBs抗原 (+・-・不明)	その他 []	薬剤 []	食物 []	その他 []
	+・-・不明	+・-・不明		+・-・不明	+・-・不明	
飲酒: <input type="checkbox"/> 毎日 [] <input type="checkbox"/> 時々 <input checked="" type="checkbox"/> 飲まない	喫煙: <input type="checkbox"/> 毎日 [本ぐらい] <input type="checkbox"/> 時々 <input checked="" type="checkbox"/> 吸わない					
食形態: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> 流動食 (ミキサー・ペースト食) <input checked="" type="checkbox"/> その他 [PEG]						
障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input checked="" type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input checked="" type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
介護保険申請	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5]					
担当の居宅介護支援事業所	事業所名	居宅介護支援事業所〇〇 (担当: 〇〇CM)	TEL	XXXX-XX-XXXX		
注意事項	急性期以降は、B病院転院希望。 認知症の妻と2人暮らし。 ※後見人氏名: 〇〇 (TEL: XXXX-XX-XXXX)					依頼病院受診後、連携に必要な情報やその他重要事項等を書いてください。

病診連携・あんしんカード 使用状況報告書

平成 年 月 日 記入者()

受入病院名	<input type="checkbox"/> 宇治病院 <input type="checkbox"/> 宇治おうぼく病院 <input type="checkbox"/> 宇治川病院 <input type="checkbox"/> 宇治武田病院 <input type="checkbox"/> 宇治徳洲会病院 <input type="checkbox"/> 京都岡本記念病院 <input type="checkbox"/> 都倉病院 <input type="checkbox"/> 中村病院 <input type="checkbox"/> 六地蔵総合病院 <input type="checkbox"/> 京都きづ川病院 <input type="checkbox"/> ほうゆう病院 <input type="checkbox"/> 国立病院機構京都病棟 <input type="checkbox"/> 久御山南病院 <input type="checkbox"/> その他 ()
患者氏名	フリガナ _____ <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 病診連携・あんしんカード番号
受診結果	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 外来F/U <input type="checkbox"/> 転送() <input type="checkbox"/> その他()
紹介元医療機関名	() 医院・診療所・クリニック・病院
連絡日時 誰から	平成 年 月 日 () : (24時間表記で記入) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家人 <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> その他 ()
来院日時 場所・方法 誰と	平成 年 月 日 () : (24時間表記で記入) <input type="checkbox"/> 救急外来 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 救急車以外 <input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 家人 <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> その他 ()
あんしんカード回収	<input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 未回収
備考	----- -----

受入時の状況	<input type="checkbox"/> 可 (日勤帯対応・予定入院や検査入院は報告不要) <input type="checkbox"/> 否 ※受入できなかった理由 <input type="checkbox"/> より高度医療が必要 <input type="checkbox"/> 専門病院の方がよいと判断 <input type="checkbox"/> 急患等に対応できなかったため <input type="checkbox"/> 患者の飲酒や暴力等 <input type="checkbox"/> 救急受診は必要なく、かかりつけ医での受診が望ましいため <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> ※他院を紹介した場合、その医療機関名 ()
来院理由 主訴・疾患名等	----- -----

【退院報告欄】 ※退院したら下記を記入し、宇治久世医師会事務局にFAXしてください。

転帰	<input type="checkbox"/> 軽快退院 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 転院 平成 年 月 日 転院先() <input type="checkbox"/> 死亡退院 平成 年 月 日 : (24時間表記で記入)
----	---

平成29年6月作成

カードが使用されたら記載の上、宇治久世医師会 医療介護連携推進事務局までFAXしてください。

(FAX) **0774-24-8761**



病診連携・あんしんカード 使用状況報告書

平成 29 年 6 月 30 日 記入者(○○)

受入病院名	<input type="checkbox"/> 宇治病院 <input type="checkbox"/> 宇治おうばく病院 <input type="checkbox"/> 宇治川病院 <input type="checkbox"/> 宇治武田病院 <input type="checkbox"/> 宇治徳洲会病院 <input type="checkbox"/> 京都岡本記念病院 <input type="checkbox"/> 都倉病院 <input type="checkbox"/> 中村病院 <input type="checkbox"/> 六地蔵総合病院 <input type="checkbox"/> 京都きづ川病院 <input type="checkbox"/> ほうゆう病院 <input type="checkbox"/> 国立病院機構京都病棟 <input type="checkbox"/> 久御山南病院 <input type="checkbox"/> その他 ()
患者氏名	フリガナ <u>ウジ タロウ</u> <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 宇治 太郎 10 年 1 月 23 日生 病診連携・あんしんカード番号 <u>xxxxx</u>
受診結果	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 外来F/U <input type="checkbox"/> 転送() <input type="checkbox"/> その他()
紹介元医療機関名	(○○) 医院 ・ 診療所 ・ クリニック ・ 病院
連絡日時 誰から	平成 29 年 6 月 21 日 (水) 22 : 30 (24時間表記で記入) <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家人 <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> その他 ()
来院日時 場所・方法 誰と	平成 29 年 6 月 21 日 (水) 23 : 30 (24時間表記で記入) <input type="checkbox"/> 救急外来 <input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 救急車以外 <input type="checkbox"/> 本人のみ <input checked="" type="checkbox"/> 家人 <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> その他 ()
あんしんカード回収	<input checked="" type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 未回収
備考	<u>症状が軽快すれば、B病院に転院予定。</u> ----- -----

受入時の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 可 (日勤帯対応・予定入院や検査入院は報告不要) <input type="checkbox"/> 否 ※受入できなかった理由 <input type="checkbox"/> より高度医療が必要 <input type="checkbox"/> 専門病院の方がよいと判断 <input type="checkbox"/> 急患等に対応できなかったため <input type="checkbox"/> 患者の飲酒や暴力等 <input type="checkbox"/> 救急受診は必要なく、かかりつけ医での受診が望ましいため <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> ※他院を紹介した場合、その医療機関名 ()
来院理由 主訴・疾患名等	<u>経管栄養注入中に嘔吐。夜間、呼吸状態悪化したため当院受診。</u> <u>誤嚥性肺炎と診断され入院加療となる。</u> ----- -----

【退院報告欄】 ※退院したら下記を記入し、宇治久世医師会事務局にFAXしてください。

転帰	<input type="checkbox"/> 軽快退院 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 転院 平成 年 月 日 転院先() <input type="checkbox"/> 死亡退院 平成 年 月 日 : (24時間表記で記入)
----	---

平成29年6月作成

カードが使用されたら記載の上、宇治久世医師会 医療介護連携推進事務局までFAXしてください。

(FAX) 0774-24-8761



発行：一般社団法人 宇治久世医師会

(問い合わせ先)

宇治久世医師会医療介護連携推進事務局
〒611-0021 京都府宇治市宇治下居13-2
TEL : 0774-24-1711 FAX : 0774-24-8761