

入院診療録 (Registration Record)

Hosp. No	※太枠の中のみご記入ください。				カルテ(ID)番号	-	-
氏名(ふりがな) Name(Last, First, Middle)		Sex 性別	明治 生年月日 大正 昭和 平成		3irth Dat 年 月 日 (才 Yr Mo Day (yrs)		
既婚歴 Marital Status <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明 Single Married Separated Divorced Widowed Unknown		国籍 Nationality		宗教 Religion			
現住所 Present Address 〒				Phone 携帯電話() - 電話() -			
職業 Occupation	勤務先 Employer	住所 Address			Phone 電話() -		
緊急時の連絡先氏名(ふりがな) Emergency Contact	続柄 Relationship	住所 Address			Phone 携帯電話() - 電話() -		
緊急時の連絡先氏名(ふりがな) Emergency Contact	続柄 Relationship	住所 Address			Phone 携帯電話() - 電話() -		
配偶者又は両親の氏名(ふりがな) Name of spouse or parents	住所 Address			Phone 携帯電話() - 電話() -			
現在他院受診中の病院名及び診療科							
病院名				診療科			
前回入院年月日	今回入院年月日		退院年月日		合計入院日数		
仮診断名		主治医			診療科		
転科日①	主治医	転科日②	主治医	転科日③	主治医		
併診日①	併診医	併診日②	併診医	併診日③	併診医		
最終診断: 主病名: 追加病名: 処置(手術等) 追加処置(手術等)					ICDコード		

退院: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自己	死亡: <input type="checkbox"/> 48時間未満 <input type="checkbox"/> 48時間以上	剖検: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
転院: <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 転出	産科: <input type="checkbox"/> 分娩 <input type="checkbox"/> 未分娩 <input type="checkbox"/> 流産	対診: <input type="checkbox"/> 内科 _____ <input type="checkbox"/> 外科 _____ <input type="checkbox"/> 小児科 _____ <input type="checkbox"/> 産婦人科 _____ <input type="checkbox"/> 整形外科 _____
訪問看護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
紹介状: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 返書済		