

入院診療録 (Registration Record)

* 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)		性別 Sex		生年月日 Birth Date			
		男 M	女 F	大正 昭和 平成	年 Yr	月 Mo	日 Day
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 〒				電話 Phone () - 携帯番号 () -			
職業 Occupation	勤務先 Employer	住所 Address			電話 Phone () -		
①緊急時の連絡先氏名 (ふりがな) Emergency Contact		続柄 Relationship	住所 Address <input type="checkbox"/> 上記の「現住所」と同じ			電話 Phone () - 携帯番号 () -	
②緊急時の連絡先氏名 (ふりがな) Emergency Contact		続柄 Relationship	住所 Address <input type="checkbox"/> 上記の「現住所」と同じ			電話 Phone () - 携帯番号 () -	
配偶者又は親の氏名 (ふりがな) Name of spouse or parents <input type="checkbox"/> 緊急連絡先と同じの場合は不要		住所 Address			電話 Phone () - 携帯番号 () -		
現在他院受診中の病院名および診療科 病院名: _____ 診療科: _____							

前回入院年月日	今回入院年月日 A.M P.M	退院年月日 A.M P.M	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
併診日①	併診医	併診日②	併診医
		転科日③	主治医
		併診日③	併診医

退院: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自己	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"/> 産婦人科 _____ <input type="checkbox"/> 整形外科 _____ <input type="checkbox"/> 小児科 _____
転院: <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 転出	紹介: <input type="checkbox"/> 有	
訪問看護: <input type="checkbox"/> 有	逆紹介: <input type="checkbox"/> 有	

/	/	/
---	---	---

神戸アドベンチスト病院