

紹介患者様情報提供書

※ 括弧の項目は診療情報提供書・看護サマリーを送付頂き記載がある場合は空白で可能です

記載者		部署等		TEL		記載日	
患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日		年齢	歳
住所				TEL			
在宅医	医師	病院名				診療科	
担当医	医師	診療科	因島医師会病院			科	
診断名				発症日			
麻痺	<input type="checkbox"/> 有（部位） <input type="checkbox"/> 無		拘縮	<input type="checkbox"/> 有（部位） <input type="checkbox"/> 無			
感染症	<input type="checkbox"/> 有（） <input type="checkbox"/> 無		アレルギー	<input type="checkbox"/> 有（） <input type="checkbox"/> 無			
既往歴							
主介護者	関係（）		住所			TEL	
副介護者	関係（）		住所			TEL	
ジェノグラム (キーパーソンに☆)	家族構成 特記事項（）			IC内容 (告知等) 及び 看護経過			
医療行為 (処置等)	<input type="checkbox"/> 気切・吸引（回/日）【種類】 <input type="checkbox"/> 酸素（L）【メーカー】 <input type="checkbox"/> インスリン（種類） <input type="checkbox"/> ポート（商品名） <input type="checkbox"/> 褥瘡（部位）（程度） <input type="checkbox"/> その他の処置等（）			内服薬			
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ】 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル（種類等 Fr 交換日）						
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 経口摂取 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 訓練中 食事形態（主： 副：） 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻（注入食種類 /回数 /量 ml）【次回交換日】 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他（）						
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> ストレッチャー】						
清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【 <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他】						
認知症状	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度） <input type="checkbox"/> 無 ※徘徊 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ※不眠 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ※眠剤 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 身体拘束 <input type="checkbox"/> 有（） <input type="checkbox"/> 無 問題行動 <input type="checkbox"/> 有（） <input type="checkbox"/> 無						
自立度等	障害高齢者の日常生活自立度			認知症高齢者の日常生活自立度			
保険情報	介護保険 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請中（申請日） <input type="checkbox"/> 有（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5） 居宅介護支援事業所（）担当ケアマネ等（）						
	医療保険 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 重度医療 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 特定疾患 ※限度額認 <input type="checkbox"/> 該当						
受傷前	受傷前の状況 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 有（） <input type="checkbox"/> 無						
改善目標	貴院スタッフの意見 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 独歩						
今後についての意向	個室希望 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 【その他部屋の希望等】 今後についての本人・家族の意向 [退院先の希望]						
※必ず記載して下さい	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 療養型病院 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム等 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> その他（） ※自宅退院の場合、 <input type="checkbox"/> 病状が安定すれば現状のADLで退院可能 <input type="checkbox"/> ADLに条件付（下記に条件を記載） <input type="checkbox"/> 食事自立 <input type="checkbox"/> 更衣自立 <input type="checkbox"/> 排泄自立 <input type="checkbox"/> 歩行自立（ <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 独歩）で可能 ※自宅退院以外時、施設等の申込み状況： <input type="checkbox"/> 済（病院・施設名： 申込日） <input type="checkbox"/> 未						