

患者情報提供書

平成 年 月 日

紹介機関名 病院・施設

担当者名 医師・看護師・ソーシャルワーカー・相談員

患者氏名 男・女 明大昭平 年 月 日生 才

医療区分に該当する医療行為 医療区分 1・2・3

入院時の疾患名 入院日 H 年 月 日

既往歴 (いつ、どこで診断されたのか わかる範囲でご記入ください。)

現在の状況	経口 / <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 食道ろう <input type="checkbox"/> その他() 輸液: <input type="checkbox"/> 中心静脈 (CVポート <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 末梢点滴
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他()
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病院名・歳:)
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 簡単な会話、指示ができる <input type="checkbox"/> 不可
意識レベル	<input type="checkbox"/> クリア I (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3) II (<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30) III (<input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 300)
問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行動 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 声だし <input type="checkbox"/> その他()
酸素投与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回)
気管切開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 カニューレの種類 () サイズ()
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ステージ (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 部位 () 大きさ ()
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / 内服薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※BSチェック <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 回/日
インスリン	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種類:) (単位: 単位 回/日)
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> HBS抗原 <input type="checkbox"/> HCV抗体
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
その他	ドレーン <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 人工肛門 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 特異体質 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬品() 食物() その他() 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () / 拘縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 特定疾患受給者証 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (疾患名:) 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 介護保険 <input type="checkbox"/> 無 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 <input type="checkbox"/> 申請中 延命措置の状況 <input type="checkbox"/> 了解済み <input type="checkbox"/> 未了解
キーパーソン	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 兄弟/姉妹 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 友人/後見人
特記事項	