

患者情報連絡票(JCHOうつのみや病院)

紹介元医療機関 _____ 記入日西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【患者情報】 記入者 _____ (NS ・ MSW)

ふりがな		性別	生年月日 大正・昭和・平成	年齢
氏名		男・女	年 月 日	歳
住所	〒			
保険区分	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠責 <input type="checkbox"/> 他()			
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
担当	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 包括 事業所() 担当者()			
収入	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 他()			
手帳	<input type="checkbox"/> 身障(級) <input type="checkbox"/> 精神(級)			
キーパーソン	氏名:		続柄:	

【身体状況】

身長	cm	体重	kg	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤・食品)
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (MRSA・緑膿菌・ESBL・B肝・C肝・他) 部位:				
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (左麻痺・右麻痺・四肢麻痺・単麻痺・対麻痺)				
聴力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有 (耳元は聞こえる・大声で聞こえる・ほとんど聞こえない・補聴器で聞こえる)				
視力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有 (目の物は見える・眼鏡使用・見えにくい・全盲)				
嚥下	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有 ()				

【精神状況】

JCS	<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)				
意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> うなずき <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> 表情 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> トーキングエイド				
ナースコール	<input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない (タッチコール・ブレスコール・その他 _____)				
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (失見当識・昼夜逆転・独語・暴言・暴行・徘徊・不潔行為・帰宅願望)				
精神状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 有 (不穏・せん妄・意欲低下・うつ傾向・混乱)				
高次脳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (失語・失行・失認・注意障害・半側空間無視)				

【医療状況】

気管切開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (カニューレ種類 :)				
吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 時間毎・ _____ 回/日)				
酸素	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (日中・夜間・終日 _____ L/分 カヌラ・マスク)				
褥創	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: _____ 大きさ: _____ 深さ: _____ 処置: _____)				
創処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: _____ 大きさ: _____ 深さ: _____ 処置: _____)				
インスリン	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 回/日・朝 _____ 単位 昼 _____ 単位 夕 _____ 単位 眠前 _____ 単位)				
血糖測定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 回/日)				
人工透析	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月・火・水・木・金・土・日)				
栄養	<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 制限 () <input type="checkbox"/> CV (ポート・カテーテル) <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 (種類 :) <input type="checkbox"/> 腸瘻 (種類 :)				
マット	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (除圧型・エア型・体圧分散型)				
安全配慮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (体幹抑制ベルト・ミトン・車椅子ベルト・マット式センサー・離床式センサー)				
急変時	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> DNR(DNAR) <input type="checkbox"/> CPR (気管挿管・人工呼吸器・昇圧剤) <input type="checkbox"/> フルコース				

患者情報連絡票(JCHOうつのみや病院)

患者氏名 _____ 記入日西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【日常生活状況】 記入者 _____ (NS ・ MSW)

食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティングのみ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食形態	主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> _____分粥 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ミキサー
	副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ミキサー
	汁物水分 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> とろみ
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器
	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間
	尿意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 便意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
移 動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 見守り歩行 <input type="checkbox"/> 歩行不可
	<input type="checkbox"/> 車椅子 (自乗 ・ 他操) <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子
移 乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部の動作介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (1人介助 ・ 2人介助 ・ 3人介助)
体位変換	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 手すり等掴まれば可能 <input type="checkbox"/> 一部の動作介助 <input type="checkbox"/> 全介助
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 手すり等掴まれば可能 <input type="checkbox"/> 一部の動作介助 <input type="checkbox"/> 全介助
座位保持	<input type="checkbox"/> 端座位が可能 <input type="checkbox"/> 手で支えれば可能 <input type="checkbox"/> 車椅子に座ることができる <input type="checkbox"/> 不可能
立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 手すり等掴まれば可能 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可能
更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部の動作介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部の動作介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭)
睡 眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> いびき 睡眠薬の常用 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬剤名 _____)

【その他】

方向性	<input type="checkbox"/> 在宅 (自宅 ・ サ高住 ・ 有料ホーム ・ 特養) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 未検討
部屋希望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 2人室(¥3240) <input type="checkbox"/> 個室(病棟により異なります:¥4,860~¥14,040) <input type="checkbox"/> 特別個室(¥16,200)
移送形態	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
リハ状況	<input type="checkbox"/> PT ____単位 <input type="checkbox"/> OT ____単位 <input type="checkbox"/> ST ____単位
訓練内容	-----

備考 留意事項 自由記載	-----

