

# 転院患者情報提供書(



)

転院調整担当者(

)

連絡先電話番号

FAX

平成 年 月 日 作成

<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> 在宅までのワンクッション <input type="checkbox"/> 施設入所待機中 <input type="checkbox"/> その他( )				
ふりがな		性別	住所	
氏名				
生年月日		歳	Tel	
入院年月日		診療科	主治医	
病名			手術名	
発症日	平成 年 月 日		術日	
既往歴				
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> MRSA(部位: ) <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 未検査			

公費負担	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 重身医療 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 自賠責			
介護保険	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"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 更新中			
	居宅介護支援事業所( ) 介護支援専門員( )			
キーパーソン	氏名	住所	続柄	Tel
				備考

ADL	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖・ <input type="checkbox"/> 押し車・ <input type="checkbox"/> 歩行器・ <input type="checkbox"/> 車椅子 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	排泄	尿	<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"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> バルンカテーテル )		
		便	<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"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ ) <input type="checkbox"/> 下剤服用 <input type="checkbox"/> 浣腸使用		
	食事	<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"/> 普通食 <input type="checkbox"/> キザミ食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> トロミ <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> (制限食 ) <input type="checkbox"/> 経管栄養( )			
	保清	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
機能障害	<input type="checkbox"/> 麻痺(右・左) <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 半側無視 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 視力障害( <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 失明 ) <input type="checkbox"/> 聴覚障害 ( <input type="checkbox"/> 聾・ <input type="checkbox"/> 難聴 )				
意識レベル	<input type="checkbox"/> JCS100~300 <input type="checkbox"/> JCS10~30 <input type="checkbox"/> JCS1~3 <input type="checkbox"/> 清明				
問題行動	<input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護抵抗( )				
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠傾向 <input type="checkbox"/> 眠剤使用 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> いびき				
寝たきり度	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				

医療処置	<input type="checkbox"/> 酸素吸入( L/min) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器( ) <input type="checkbox"/> インシュリン			
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> ミニトラック <input type="checkbox"/> 喀痰吸引( 回/日 ) <input type="checkbox"/> 点滴管理( <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> 末梢 )			
	<input type="checkbox"/> 経管栄養( <input type="checkbox"/> 経鼻・ <input type="checkbox"/> 胃瘻・ <input type="checkbox"/> 腸瘻 ) <input type="checkbox"/> ドレーン( ) <input type="checkbox"/> バルンカテーテル			
	<input type="checkbox"/> 透析(曜日 ) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置(部位: ) <input type="checkbox"/> 疼痛処置			

備考	リハビリ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	ジェノグラム	