

入院紹介患者情報票(介護保険用)

大朝ふるさと病院 地域医療連携室 行

FAX:0826-82-2070

記載者()

| | |
|-------------------------|---|
| 医療機関名() 診療科() 医師名:() | |
| 1 | 患者氏名: 明・大・昭・平 年 月 日 歳 (男・女) 住 所: 電話番号() - |
| 2 | 主病名 |
| 3 | 介護保険 要介護度(1・2・3・4・5) |
| 4 | 問題行動 幻聴・幻覚・昼夜逆転・介護への抵抗・暴言・暴力・大声・異食 不潔行為・性的問題行動・その他() |
| 5 | ご家庭の状況 <input type="checkbox"/> キーパーソン(続柄: / 歳) <input type="checkbox"/> 訪問頻度(回/) <input type="checkbox"/> 費用負担の状況(家族()・本人・その他()) <input type="checkbox"/> その他() |
| 6 | 医療処置 点滴・経管栄養・中心静脈栄養・吸引・気管切開・疼痛看護 レスピレーター管理・インスリン自己注・ストマ処置・褥瘡(部位:) 透析・ターミナルケア・その他() |
| 7 | 感染症 MRSA(+・-)・その他() |
| 8 | 身体の状態 麻痺(部位:)・皮膚疾患(疥癬・その他) |
| 9 | 食事の状況 自立・一部介助・全介助 経管栄養(胃ろう・腸ろう・経鼻) 食事の種類(普通・粥・ミキサー・流動・軟菜・刻み) その他() |
| 10 | 身体の動きについて 寝返り (自立・一部介助・全介助) 起上り (自立・一部介助・全介助) 座 位 (自立・一部介助・全介助) 立上り (自立・一部介助・全介助) |
| 11 | 排泄状況 自立・PTイレ・尿便器・オムツ・バルン留置・その他() |
| 12 | 移動 全介助・一部介助・自力(補助具:) |
| 12 | 保清 <input type="checkbox"/> 全介助・一部介助・自力 <input type="checkbox"/> 清拭・シャワー浴 |
| 14 | 意思疎通 <input type="checkbox"/> 殆ど通じない・ある程度・問題ない <input type="checkbox"/> 手段() |
| 15 | 処方内容 |
| 16 | 短期記憶・特記事項 問題(+・-) 内容: |
| 17 | 備考 |