

入院紹介患者情報票(医療保険用)

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	医療保険 後期高齢・国保・社保・生活保護・その他()・公費(重・原・その他)
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) 治療食() 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(入院時の状況等)