

お手数をお掛け致しますが、診療情報提供書(ラボデータ含む)、と伴にご送信いただけますようお願い致します。  
 尚、情報提供書(ラボデータ含む)をFax後に、Telにて下記内容を提供いただいても結構です  
 ※ 診療情報提供書に記載のある項目は記入不要です。※ Fax送信時に個人を特定できない処理をしていただいて結構です。

急性期⇒和仁会病院宛 「転院情報用紙」

|                    |  |      |  |  |   |
|--------------------|--|------|--|--|---|
| 記載日                | 年  | 月    | 日  | 記載者  | 職種  |
| 病院名                |  |      |  |  | 診療科名  |
| 患者名                | 性別   | 生年月日 | 年  | 月  | 日生年齢  |
| 住所                 |  |      |  |  | 電話  |
| 身長・体重              | 身長   | cm   | 体重   | kg   |   |
| 特別な医療              | <input type="checkbox"/> 点滴<br><input type="checkbox"/> 気管切開<br><input type="checkbox"/> 留置カテーテル<br><input type="checkbox"/> 感染対策 ( )  |      | <input type="checkbox"/> IVH<br><input type="checkbox"/> 酸素吸入<br><input type="checkbox"/> 間歇導尿<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |  | <input type="checkbox"/> 経鼻経管<br><input type="checkbox"/> 喀痰吸引<br><input type="checkbox"/> 創傷処置 ( )<br><input type="checkbox"/> 胃瘻<br><input type="checkbox"/> ネブライザー |
| 日常生活自立度            | 寝たきり度ランク <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C   |      |  | 認知症自立度ランク <input type="checkbox"/> IIb以上 <input type="checkbox"/> 判定不能 |   |
| 日常生活機能評価           | 患者の状態  |      | 評価   |  | 患者の状態   |
|                    | 1 床上安静の指示  |      | <input type="checkbox"/> なし  |  | 8 口腔清潔  |
|                    | 2 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる   |      | <input type="checkbox"/> できる   |  | 9 食事摂取  |
|                    | 3 寝返り  |      | <input type="checkbox"/> できる   |  | 10 衣服の着脱  |
|                    | 4 起き上がり  |      | <input type="checkbox"/> できる   |  | 11 他者への意思の伝達  |
|                    | 5 座位保持   |      | <input type="checkbox"/> できる   |  | 12 診療・療養上の指示が通じる  |
|                    | 6 移乗   |      | <input type="checkbox"/> 介助なし  |  | 13 危険行為   |
|                    | 7 移動方法   |      | <input type="checkbox"/> 介助を要しないで移動  |  | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> ない  |
| 食事内容               | <input type="checkbox"/> 常食 アレルギー・嗜好等 ( )<br><input type="checkbox"/> 治療・制限食 ( <input type="checkbox"/> エネルギー Kcal <input type="checkbox"/> 塩分 g <input type="checkbox"/> 蛋白 g <input type="checkbox"/> 脂質 g )<br><input type="checkbox"/> 食形態 ( )<br><input type="checkbox"/> 経管栄養の内容 ( )<br><input type="checkbox"/> 嚥下食等 ( )  |      |  |  |   |
| 排尿・排便              | <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 誘導 ( )   |      |  |  |   |
| 入浴・清潔              | <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 介助浴 特記 ( )  |      |  |  |   |
| 認知症の有無<br>問題行動     | <input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想<br><input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠<br><input type="checkbox"/> 問題行動なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input type="checkbox"/> 問題行動あり |      |  |  |   |
| 入院後の状態や<br>リハビリの状況 |  |      |  |  |   |
| 入院前の状況             |  |      |  |  |   |
| 家族構成               | <input type="checkbox"/> 同居家族あり ( )<br><input type="checkbox"/> 独居 (親族の状況) ( )   |      |  |  |   |
| 施設入所者              | 施設名称 ( )   |      |  |  |   |
| 主たる介護者             | 氏名   | 続柄   | 電話   | -  | -   |
| 特記事項               |  |      |  |  |   |
| 要介護認定              | <input type="checkbox"/> 認定あり 介護 1 2 3 4 5 有効期限 年 月 日 限り 支援 I II   |      |  |  |   |
|                    | <input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 申請中   |      |  |  |   |
| ケアマネジャー            | 事業所名   |      | 担当者名   |  |   |
| 掛かりつけ医             | 医療機関名  |      | 医師名  |  |   |