

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。

※ 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で結構です。

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		
患者名	性別	生年月日	年	月	日生年		
住所	電話	-	-	-	-		
身長・体重	身長	cm	体重	kg			
特別な医療	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 間歇導尿 <input type="checkbox"/> 創傷処置 () <input type="checkbox"/> 感染対策 () <input type="checkbox"/> その他 ()						
機能的自立度評価表	項目	コメント	得点	項目	コメント	得点	
	セルフケア	食事		点	移乗	ベッド・椅子・車椅子	点
		整容		点		トイレ	点
		清拭		点		浴槽・シャワー	点
		更衣(上半身)		点	移動	歩行・車椅子	点
		更衣(下半身)		点		階段	点
		トイレ		点	7: 完全自立(時間、安全性含め) 6: 修正自立(補助具使用) 5: 監視		
	排泄	排尿コントロール		点	4: 最小介助(患者自身で75%以上) 3: 中等度介助(50%以上)		
排便コントロール			点	2: 最大介助(25%以上) 1: 全介助(25%未満)			
食事内容	<input type="checkbox"/> 常食 アレルギー・嗜好等 () <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) <input type="checkbox"/> 食形態 () <input type="checkbox"/> 経管栄養の内容 () <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 問題行動	<input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 問題行動なし <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 問題行動あり <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> その他 ()						
予測される退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 居宅等施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 提示していない						
退院支援の要点	※転院についての患者及び家族への説明内容、患者や家族の希望などを情報提供してください。						
入院前の生活状況							
特記事項							
家族構成	<input type="checkbox"/> 同居家族あり () <input type="checkbox"/> 独居 (親族の状況)						
主たる介護者	氏名		続柄		電話	-	
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						
施設入所者	施設名称 ()						
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				