

メリィホスピタル 患者紹介シート

いつも大変お世話になっております。
 可能な範囲でかまいませんので、ご紹介患者様の情報提供をお願いいたします。
 貴施設既定の様式がありましたら、貴施設様式で作成していただいで問題ありません。
 お忙しいところお手数をおかけしますがよろしくお願いいたします。

患 者 名 <small>フリガナ</small>	紹介機関	
	担当者名	
	連絡先	FAX () - Tel () -

生年月日 T. S. H. 年 月 日 (オ) 身長 cm 体重 kg

患者基本情報

保険種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 交通・自賠 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 重障 その他 ()	移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 要介助 使用補助具 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(自走) <input type="checkbox"/> 車椅子(介助) 移乗方法 <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 他 ()
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (級・障害部位)	
介護保険 (ケアマネジャー)	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済・要支援 () 要介護 ()	

家族情報

キョーソク	① 続柄 () <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (在住) ② 続柄 () <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (在住)	睡眠障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (眠剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
その他情報		意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 他 ()
患者・家族の 思い、退院後 生活の場等		コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 成立 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難
		せん妄	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
		視覚聴覚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
		危険行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()

ADL・日常生活状況

排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 枦の使用 <input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> テープ式枦使用 <input type="checkbox"/> はくパンツ使用 尿意 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 便意 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 使用装具 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル (Fr) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 他 ()	医療処置	酸素 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (マスク・カニューラ) 吸引 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (約 回/日) 気管切開 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 点滴管理 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(末梢) <input type="checkbox"/> 有(IVH)→CVポート <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位) 血糖測定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (1日 回) インスリン <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	リハビリテーション	リハビリ実施 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <有の場合> <input type="checkbox"/> 下記リハビリ内容をFAX <input type="checkbox"/> 下記に記載
食事	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 絶食 <経口> 食欲 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セティングのみ介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 食事内容 () <input type="checkbox"/> とろみ不要 <input type="checkbox"/> とろみ要 <経管> <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 注入内容 () <義歯> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(総義歯) <input type="checkbox"/> 有(部分義歯)	疾患別 リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名 () 起算日 (月 日)
		摂食機能療法	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 開始日 (月 日)
		VF or VE	<input type="checkbox"/> 実施無 <input type="checkbox"/> 実施有
		※入院時にリハビリサマリーをお願いします	
		連絡欄	

※緩和ケア病棟への紹介の場合は本紙に加え、別紙“緩和ケア医療相談シート”への記入をお願いいたします。
 入院調整の際には、提供いただいた情報について確認させていただく場合がありますことご了承ください。
 ご不明な点がありましたら、地域医療連携室にご連絡ください。