

総和中央病院 紹介患者情報シート

記入日: 年 月 日

フリガナ 氏名	男 女	生年月日	M・T S・R	年 月 日	歳
住所	〒			身長: cm(/)	体重: kg(/)
連絡先	① ()		:	② () :	
病歴			家族構成		
			【KP】 (続柄:)		
身体障害者手帳 なし・申請中・あり〔等級〕 級〔障害部位〕					
医療費関係 所持【 マル福・難病受給者証:区分 医療限度額認定証:区分 】					
負担割合(割) 国民健康保険・健康保険・共済組合・後期高齢者・労災					
生活保護(担当: CW)・事故(保険会社: 担当:)					
介護認定 未申請・申請中(申請日 / 認定調査日 /)					
要支援()・要介護() 認定期間: 年 月 日 ~ 年 月 日					
居宅介護支援事業所: 担当ケアマネジャー:					
利用サービス:					
方向性 自宅(条件:)					
施設(施設名・種別:) 長期入院					
リハビリ 未実施・実施(PT・OT・ST) 主病名: 起算日: 年 月 日					
内容:					

医療処置	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> カニューレ(物品名: _____ 最終交換: _____年 月 日) <input type="checkbox"/> 酸素(_____ℓ) <input type="checkbox"/> ナザール <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> 人工呼吸器(種類: _____)	
	<input type="checkbox"/> サクション (<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔) 頻度: _____回/日	
	<input type="checkbox"/> 血糖測定(_____回/日) <input type="checkbox"/> インスリン(_____)	
	<input type="checkbox"/> 褥瘡 部位・程度 (_____) <u>処置方法</u> (_____)	
	<input type="checkbox"/> 点滴管理(末梢・IVH) 内容(_____)	
	<input type="checkbox"/> 透析(_____回/週: _____時間) <input type="checkbox"/> モニター管理(心電図・SpO ₂)	
	<input type="checkbox"/> その他(_____)	
疼痛管理	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> 貼付薬 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> その他(_____)
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)	
感染症	<input type="checkbox"/> HBS抗原(-・+) <input type="checkbox"/> HBS抗体(-・+) <input type="checkbox"/> HCV(-・+) <input type="checkbox"/> ワ氏(-・+)	
	<input type="checkbox"/> MRSA(-・+) 部位(<input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 創部 <input type="checkbox"/> その他(_____)	
薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助(_____) <input type="checkbox"/> 全面介助	
運動麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 完全麻痺 <input type="checkbox"/> 不全麻痺 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 備考(_____)
関節拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位(_____)
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> セッティング介助 <input type="checkbox"/> 一部介助(_____) <input type="checkbox"/> 全面介助	
	<input type="checkbox"/> 摂取不可(理由 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他: _____)	
	<u>食事方法</u> <input type="checkbox"/> 経口摂取 (主食: _____ 副食: _____ 制限: _____)	
	<input type="checkbox"/> 経管(胃管・胃瘻) <u>挿入・造設</u> : _____年 月 日 最終交換: _____年 月 日 <u>物品名・サイズ</u> (_____) <u>内容物</u> :(_____)	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 <u>尿意</u> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <u>便意</u> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助) <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> ストマ	
	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル(物品名・サイズ: _____ 最終交換: _____月 日)	
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 (_____回/日)	
座位保持	<input type="checkbox"/> 30分以上可:背もたれ(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> 短時間可:背もたれ(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> 不可	
移動	<u>歩行</u> <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他(_____) <u>見守り</u> (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否)	
	<u>車椅子</u> (<input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング型) <u>操作</u> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 全面介助 <u>ベルト使用</u> (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否)	
	<u>移乗</u> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 <u>種類</u> (一般浴・機械浴・清拭のみ)	
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 <u>理解力</u> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____) <u>ナースコール使用</u> <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 発語不能 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> その他(_____)
聴力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 聞こえない(右・左) <input type="checkbox"/> よく聞こえない(右・左) <input type="checkbox"/> 補聴器使用(右・左)
視力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 全く見えない(右・左) <input type="checkbox"/> よく見えない(右・左) <input type="checkbox"/> 眼鏡使用
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力・自傷行為 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 感情失禁 <input type="checkbox"/> 不穏(終日・日中・夜間) <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 独語・奇声
行動障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> チューブ抜管 <input type="checkbox"/> 拒食・拒薬 <input type="checkbox"/> ナースコール頻回 <input type="checkbox"/> ベッド柵乗り越え <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 抑制(_____) <input type="checkbox"/> その他(_____)
ワクチン	<input type="checkbox"/> 新型コロナ(最終実施: _____回目 _____年 月 日) <input type="checkbox"/> インフルエンザ(_____年 月 日)	