

地域包括ケア病棟(紹介患者様)情報用紙

患者氏名 () 様

作成日: 20 年 月 日

既往歴		
食 事	状 況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助、 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 嚥下障害
	種 類	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥食 () <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 禁食 <input type="checkbox"/> 1/2量 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> トロミ食 <input type="checkbox"/> 治療食 () <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> マージンチューブ) (品目名:)
清 潔	状 況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	方 法	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 入浴 (<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴)
更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
服薬管理	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 出来ない	
移 動	状 況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 見守り
	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
身体機能	●麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 上肢 右・左 <input type="checkbox"/> 下肢 右・左 <input type="checkbox"/> その他 [])	
	●その他 ()	
排 泄	状 況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 見守り
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ
	排泄障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル挿入中 <input type="checkbox"/> その他 ()
コミュニケーション	●言語障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ●難聴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	
	●視力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ●意識障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 JCS -	
	●精神障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 認知症 (軽度 ・ 中等度 ・ 重度))	
	●問題行動 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	●その他 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
処 置	褥 瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合は、「2013年版DESIGN-R 褥瘡経過評価用」の添付をお願いします。
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素 (ℓ) <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 注射 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心静脈)	
キーパーソン		
転院時移動	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 民間救急車	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
介護保険	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 期間 年 月 日～ 年 月 日	
その 他		
処方内容		

※急性期病棟への紹介患者様に対しても、本書面の記入をお願いする場合があります。

※処方内容につきましては紹介状に記載が有る場合は不要です。