

患者情報確認票

この度、ご紹介頂く患者さんについて、以下の事前情報提供をお願い致します。
 診療情報提供書と、この患者情報確認票を入院生活の情報として参考にさせていただきます。
 ご記入は、医師・看護師となたでも構いません。よろしくお願い致します。

フリガナ				(男・女)	(明・大・昭・平)	年	月	日	歳
患者名	様								
キーパーソン	様	続柄()	連絡先						
主病名									
医療処置	<input type="checkbox"/> 透析(曜日) <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> ストマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素(L) <input type="checkbox"/> レビレーター <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養() <input type="checkbox"/> モーター <input type="checkbox"/> ガーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> その他()								
感染症	<input type="checkbox"/> MRSA() <input type="checkbox"/> HCV抗体() <input type="checkbox"/> HBs抗原() <input type="checkbox"/> HIV() <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 個室対応の必要性								
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 全く見えない								
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 全く聞こえない								
意思伝達	<input type="checkbox"/> 伝達できる <input type="checkbox"/> とときどき伝達できる <input type="checkbox"/> ほとんど伝達できない <input type="checkbox"/> 全く伝達できない								
麻痺・不随	<input type="checkbox"/> あり(部位: 原因となる疾患等:) <input type="checkbox"/> なし								
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> エアマット使用								
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> ヲバ-カ <input type="checkbox"/> 車いす(自操 可・不可) <input type="checkbox"/> ストレッチャ-								
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 絶食								
食形態	食種(Kcal) 形態() <input type="checkbox"/> 胃瘻・腸瘻 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> Mチューブ <input type="checkbox"/> ポ-ソフ								
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 仏ツ <input type="checkbox"/> 紙パ-ツ <input type="checkbox"/> Pト-ル <input type="checkbox"/> 失禁								
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴()								
睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (不良の原因:) <input type="checkbox"/> 眠剤服用								
認知機能	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()								
リハビリ	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST (リハビリ開始日:)								
その他 (特記事項)	(転倒・転落の有無、危険動作の有無、日常生活での注意点などがある際は記入して下さい。)								
退院後の方向性	<input type="checkbox"/> 自宅() <input type="checkbox"/> 施設() <input type="checkbox"/> その他()								
入院中の他科受診の必要性	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし								
転院後の貴院再診の必要性	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし								
お部屋の希望	<input type="checkbox"/> 無料部屋 <input type="checkbox"/> 2人部屋個室(2,160円/日) <input type="checkbox"/> 個室(5,400円/日)								
移送手段	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 福祉タツ-(車椅子・ストレッチャ-) <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他()								
介護保険	<input type="checkbox"/> あり(申請中・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> なし 担当ケアマネジャ-()								
生活保護	<input type="checkbox"/> あり(CW) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 労災の有無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし								

平和台病院 地域連携室 宛

記入者：医療機関名

FAX 0985-61-9879 (直通)

職種

氏名

印

※ご記入ありがとうございました。記載内容に関するお問い合わせなどは
 平和台病院 地域連携室(0985-24-2605 代)にてお受けしております。