

# 患者情報提供用紙(1)

初回相談用

津軽地域ケアネットワーク共通様式

記入日 平成 年 月 日

紹介元	
担当医師 (科)	
連携窓口担当者	
TEL - -	
FAX - -	

➡

紹介先	
紹介目的	
連携窓口担当者	様
TEL - -	
FAX - -	

患者様	ふりがな氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日	M・T・S・H	年 月 日
	住所		感染症		MRSA (+・-) 検出部位 ( ) HB抗原 (+・-) HCV (+・-) ワ氏 (+・-) 未検査				
	TEL	- -	体内金属		<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明				
	キーパーソン	(続柄: )	輸血歴		<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明				
	連絡先		傷病名		(発症日: 年 月 日) (入院日: 年 月 日)				
既往歴									

現在行っている医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻) <input type="checkbox"/> ストーマー <input type="checkbox"/> 血液・腹膜透析 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置(部位: ) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 疼痛処置 <input type="checkbox"/> インスリン									
機能障害	<input type="checkbox"/> 麻痺(右・左) <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 半側無視 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 視力障害(右・左・失明・ ) <input type="checkbox"/> 聴覚障害(聾・難聴)									
意識レベル	<input type="checkbox"/> JCS100~300 <input type="checkbox"/> JCS10~30 <input type="checkbox"/> JCS1~3 <input type="checkbox"/> 清明									
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2									
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M									
要介護認定	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 更新中 <input type="checkbox"/> 未申請									
居宅・包括	(介護支援専門員: )									
障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり(種 級 障害名: ) <input type="checkbox"/> なし									
日常生活	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(杖・押し車・歩行器・車椅子・その他: )								
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(トイレ・ポータブルトイレ・おむつ・カテーテル留置)								
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(トイレ・ポータブルトイレ・おむつ) 最終排便: /								
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 経口介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養( ) <input type="checkbox"/> 普通食( ) <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 制限食( )								
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他( )								
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可(シャワー・清拭・その他: )								
	服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他( )								
	夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不穏(状態等: )								
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> その他( )								
	認知症状	記憶障害(物忘れ) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				見当識障害(時間・場所) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
精神症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻覚 <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"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他( )									
退院先の方向性	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他( )									
特記事項	療養上の留意事項等									

# 患者情報提供用紙(2)

入院予約用

津軽地域ケアネットワーク共通様式

記入日 平成 年 月 日

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20%;">所 属</td><td style="width: 30%;"></td></tr> <tr><td>情報提供者</td><td></td></tr> <tr><td>T E L</td><td style="text-align: center;">— —</td></tr> <tr><td>F A X</td><td style="text-align: center;">— —</td></tr> </table>	所 属		情報提供者		T E L	— —	F A X	— —	➡	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20%;">紹 介 先</td><td style="width: 30%;"></td></tr> <tr><td>連携窓口担当者</td><td style="text-align: right;">様</td></tr> <tr><td>T E L</td><td style="text-align: center;">— —</td></tr> <tr><td>F A X</td><td style="text-align: center;">— —</td></tr> </table>	紹 介 先		連携窓口担当者	様	T E L	— —	F A X	— —
所 属																		
情報提供者																		
T E L	— —																	
F A X	— —																	
紹 介 先																		
連携窓口担当者	様																	
T E L	— —																	
F A X	— —																	

患者様	ふりがな 氏 名	性 別 男・女	年 齢 歳	生 年 月 日	M・T・S・H 年 月 日
医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
経済状況	<input type="checkbox"/> ( )年金受給 <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> その他( )				

生活状況	生活歴/家庭での役割/家族の状況等	<家族構成図>
------	-------------------	---------

キーパーソン	① 様(続柄: )	T E L	— —
	同居の有無: <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	特記:	
	② 様(続柄: )	T E L	— —
	同居の有無: <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	特記:	

主治医	病院名:	診療科:	医師名:
-----	------	------	------

処方薬	参照: <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 薬剤情報用紙
-----	--

他機関受診	病院名:	処方薬:
	病院名:	処方薬:

健康歴	アレルギー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ( )	アルコール /日	たばこ 本/日
-----	--	----------	---------

サービス利用状況	サービス内容	事業所	回数	サービス内容	事業所	回数
	<input type="checkbox"/> 訪問介護			<input type="checkbox"/> 訪問入浴		
	<input type="checkbox"/> 訪問看護			<input type="checkbox"/> 訪問リハ		
	<input type="checkbox"/> 訪問診療			<input type="checkbox"/> 通所介護		
	<input type="checkbox"/> 通所リハ			<input type="checkbox"/> 短期入所		
	<input type="checkbox"/> 配食サービス			<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> 福祉用具:					
<input type="checkbox"/> 住宅改修:						

介護保険要介護認定	有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
-----------	--------------------------

居 宅 ・ 包 括	介護支援専門員
T E L	— — F A X

特記事項	
------	--