

かしま病院 入院情報提供添付書

R 年 月 日

フリガナ 氏名	様	男・女	生年月日	M T S H	年	月	日 (歳)
住所	TEL						
主病名	発症年月日 H 年 月 日						
身体状況							
麻痺	<input type="checkbox"/> 上肢 (右・左)	<input type="checkbox"/> 下肢 (右・左)	【 程度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 】				
感染症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()					
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (部位	程度	処置内容)			
発疹	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (部位	程度	処置内容)			
気管切開	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有					
酸素使用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (内容)					
人工骨頭手術	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有					
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有					

ADL (あてはまるところを○で囲んでください)

移動	自立	見守り	一部介助	全介助	【 杖 歩行器 車いす その他() 】				
移乗	自立	見守り	一部介助	全介助					
排泄	自立	見守り	一部介助	全介助	【 トイレ おむつ バルーン 尿器 ポータブルトイレ 】 【 尿意: 有・無 便意: 有・無 】				
食事	自立	見守り	一部介助	全介助	【 経口 鼻腔 胃ろう 点滴 IVH 】 【 食事形態 () 】				
意思疎通	可	支障有り	不可	【 失語症 構音障害 】					
理解力	有	支障有り	無	【 高次脳機能障害: 有・無 】					
自発性	有	支障有り	無						
問題となる行動	徘徊	大声を出す	独語	幻覚妄想	暴言	暴力	拒食	作話	不潔行為
	帰宅願望	昼夜逆転	脱衣行為	その他()					

キーパーソン 氏名 様 続柄 TEL	家族構成
本人・家族のリハビリテーション終了後の希望 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 検討中	
介護保険申請 <input type="checkbox"/> 有 介護度() <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	
担当ケアマネージャー (事業所 氏名)	

* 診療情報提供書に処方内容の記載がない場合には、処方内容の添付をお願いいたします。

* 転院時にはレントゲンフィルムをご持参いただくようお願いいたします。