

かしま病院 入院情報提供添付書

年 月 日

フリガナ 氏名	様 男・女	生年月日	T S H	年	月	日 (歳)
住所	TEL					
主病名	発症年月日 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 ()	

* 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。

* 転院時には画像データをご持参いただくようお願いいたします。