

【地域連携情報提供書】

ふりがな				男・女	保険種類	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他() 高額医療申請 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 無し		
氏名					介護保険	<input type="checkbox"/> 有(要支援・要介護・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 無し		
住所	〒			<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 施設	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ()歳		
連絡先	— —				世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居(詳細:)		
KP		続柄		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	連絡先		就労状況	
主介護者		続柄		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	今後の方針	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()		
家族構成				・本人、家族の疾病に対する理解力及び希望内容、介護力など特記事項				

【病名】	・ 年 月 日 ・		年 月 日
	・ 年 月 日 ・		年 月 日
【手術】	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【手術名】	【手術日】 年 月 日
【DPC主病名】			【処方】
【既往歴】			※抗がん剤・麻薬等の高額薬剤の内服・注射について <input type="checkbox"/> 有(薬剤名) <input type="checkbox"/> 無し
【治療経過】			

リハビリ 疾患別分類	<input type="checkbox"/> 脳血管リハ <input type="checkbox"/> 運動器リハ <input type="checkbox"/> 呼吸器リハ <input type="checkbox"/> 廃用リハ <input type="checkbox"/> その他()			リハビリ 起算日	年 月 日
医療処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引(1日 回程度) <input type="checkbox"/> モニター <input type="checkbox"/> 酸素(L) <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 留置カテーテル				
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> その他() 食事形態()				
移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 歩行(杖なし) <input type="checkbox"/> 歩行(杖あり) <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()				
排尿管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助 日中 <input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> おむつ 夜間 <input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> おむつ				
排便管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助 日中 <input type="checkbox"/> 自排便 <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> おむつ 夜間 <input type="checkbox"/> 自排便 <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> おむつ				
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助				
認知症	<input type="checkbox"/> 低下なし <input type="checkbox"/> 低下あり <input type="checkbox"/> 判断不能 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 性格変化 <input type="checkbox"/> 夜間不穏 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> その他()				
他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有(科/ のため) ・ <input type="checkbox"/> 無し				
再診の必要性	<input type="checkbox"/> 有(時期:) ・ <input type="checkbox"/> 無し				
特記事項					

※ご記入者は各職種どなたでも構いません。
 ※記載内容に関して、改めて問い合わせ・情報提供のご依頼を行なう場合がございます。あらかじめご了承くださいますようお願い致します。

記入日: 年 月 日

医療機関名: _____

和田病院 地域連携室宛 TEL:0982-52-0011
 担当:葉上 FAX:0982-57-3787

記入者: _____ 印