

【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	・主治医から患者・家族への現在の説明内容 ・本人・家族の疾病に対する理解及び希望内容					

【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(Fr)					
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()					
排泄管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <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"/> 身体拘束()					
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ことがございます。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
FAX:0982-57-3787

記入者: _____ 印