

転院時の患者情報チェック表

(お手数ですが、ご記入のうえ、FAXにてご返送下さい。)

西和賀町国保沢内病院 医療福祉連携室 宛て

FAX
0197-85-3135

病院名	様		
(フリガナ)			
患者	様 才 男・女		
	(明・大・昭・平 年 月 日生)		
病名		発症日	年 月 日
		入院・手術日	年 月 日
連絡先 (キーパーソン)	氏名() 続柄()	電 話	()
	氏名() 続柄()	電 話	()

* 該当する箇所に○印または名称をご記入ください。

(記載日 年 月 日)

医 療 処 置	なし・気管切開・IVH・酸素投与(0/分)・透析・輸血・点滴・抗癌剤 その他()			
合 併 症	なし・あり(高血圧・糖尿病・喘息・アレルギー・心疾患・その他:)			
感 染 症	なし・あり(HCV HBS HIV MRSA その他())			
介 護 保 険	なし・あり(自立・要支援・要介護・1, 2, 3, 4, 5)申請中 身体障害者手帳 なし・あり()級			
主 介 護 者	氏名:		(続柄:)	
	支援事業所:		ケアマネージャー()	
施設等申込状況	施設・病院等の名称:			
麻 痺	なし・あり(部位: みぎ上肢・左上肢・みぎ下肢・左下肢)			
拘 縮	なし・あり(部位: みぎ上肢・左上肢・みぎ下肢・左下肢)			
褥 瘡	なし・あり(部位と大きさ:)			
皮 膚 疾 患	なし・あり(白癬・疥癬・その他:)			
寝 返 り	1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助	立ち上がり	1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助	
起 き 上 が り	1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助	立 位 保 持	1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助	
座 位 保 持	1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助	移 乗	1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助	
歩 行	1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助 自力・杖・歩行器・車イス・シルバーカー・その他()			
食 事	摂取形態	1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助		
	形 態	1 常食 2 軟食 3 きざみ食 4 ミキサー食 5 トロミ食 6 その他() 主食: 常食・粥・ 制限食: 塩分・蛋白・脂質・カロリー(部)		
	摂取経路	1 経口 2 経管栄養(PEG・腸ろう・経鼻) 3 栄養食名()		
	体 重	約 kg	身長	約 cm
排 泄	排 尿	1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助 5 尿道バルン 6 人工膀胱等		
	排 便	1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助 5 人工肛門等		
		1 トイレ 2 ポータブル 3 尿器 4 オムツ 5 リハビリパンツ		
衣 類 着 脱	1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助			
入 浴	1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助			
意 識 レ ベ ル	JCS 0、I(1・2・3) II(10・20・30) III(100・200・300)			
意 志 決 定	1 自立 2 いづらか困難 3 できない	短 期 記 憶	1 問題なし 2 問題あり	
意 志 伝 達	1 伝えられる 2 いづらか困難 3 できない	言 語 表 現	1 明瞭 2 不明瞭 3 できない	
眼 鏡	なし・あり	補 聴 器	なし・あり	
		難 聴	なし・あり	
問 題 行 動	徘徊	1 なし 2 時々ある 3 ある	暴言・暴力	1 なし 2 時々ある 3 ある
	ケアの拒否	1 なし 2 時々ある 3 ある	音を立てる	1 なし 2 時々ある 3 ある
	不潔行為	1 なし 2 時々ある 3 ある	叫 ぶ	1 なし 2 時々ある 3 ある
	昼夜逆転	1 なし 2 時々ある 3 ある	妄想・幻覚	1 なし 2 時々ある 3 ある
	感情失禁	1 なし 2 時々ある 3 ある		
転 倒 歴	なし・あり(回数 回)			
備 考				