

# 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。)

時 分 ~

FAX(連携室直通)

0197-85-3133

町立西和賀さわうち病院 医療福祉連携室 宛て

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( l/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・歩行者・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( 記)		
	摂取経路	1 経口 2 経管栄養(PEG・腸ろう・経鼻) 3 栄養食名( )		
排 泄	体 重	約 kg	身長	約 cm
	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 泄	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 いくらか困難 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 いくらか困難 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				