

フリガナ 患者名					生年月日	
	年		月	日	満	歳
住所	〒					
主病名					入院日	年 月 日
					発症日	年 月 日
紹介目的	外来 ・ 入院 ・ その他()					
依頼理由						
感染症	なし ・ あり(HCV ・ HBs ・ MRSA ・ 緑膿菌 ・ ESBL ・ その他()					
	鼻腔 ・ 喀痰 ・ 尿 ・ 創部 ・ キャリア ・ その他()					
家族構成	身元引受人					続柄
	住所					
	TEL					
	病棟希望	一般 ・ 地域包括 ・ 回復期 ・ 医療療養				
	個室希望	なし ・ あり(1.000~5.000円 税抜) 準個室(2.500円 税抜 ※医療療養のみ)				
保険種別	健康保険 ・ 組合 ・ 国民健康保険 ・ 共済組合 ・ 後期高齢者 ・ 生活保護 特定疾患 ・ 県障 ・ 標準負担減額認定証() ・ その他()					
介護保険	なし ・ あり(要支援・要介護 1.2.3.4.5) ・ 申請中 ・ 変更申請中 ・ 非該当					
身障手帳	なし ・ あり 障害名() 種 級					
入院後の意向	在宅 ・ 施設入所 ・ 長期療養 担当ケアマネージャー氏名： 申込み施設：					

依頼日： _____

記入者： _____

紹介元： _____

担当医： _____

住所： _____

TEL・FAX： _____

ADL状況 紹介元： _____ 記入者： _____ 記入日： _____

患者名： _____ 男性 ・ 女性 _____ 満 _____ 歳 _____

栄養	経口	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ※ムセ…なし ・ あり
		主食（米飯 ・ 全粥 ・ ミキサー ・ ゼリー ・ その他（ ））
		副食（常食 ・ 軟菜 ・ 刻み ・ 極刻み ・ ミキサー ・ ゼリー ・ その他（ ））
		一般食 ・ 制限食（ ）
	経管栄養	胃瘻 内容 _____ 白湯 _____ 総エネルギー量 _____
		経鼻 内容 _____ 白湯 _____ 総エネルギー量 _____
		腸瘻 内容 _____ 白湯 _____ 総エネルギー量 _____
点滴 内容 _____ その他（補食等） _____		
水分	とろみ なし ・ あり	
アレルギー	なし ・ あり（ ）	
義歯	自歯 ・ あり（ 上 ・ 下 ・ 部分 ）	
排泄	動作	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
		トイレ ・ P/T ・ 尿器 ・ オムツ ・ 留置カテーテル ・ その他（ ）
	尿意	なし ・ あり
	便意	なし ・ あり
ADL	起居動作	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	移動手段	歩行 ・ 車椅子（普通 ・ リクライニング） ・ ストレッチャー
		歩行補助具 なし ・ あり（ ）
入浴	一般浴 ・ チェア浴 ・ 特浴 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
医療面	処置	経管栄養 ・ 気管切開（物品名： _____ サイズ： _____）
		留置カテーテル ・ 酸素（ _____ ℓ） ・ 吸引（ _____ /日）
		褥瘡（部位： _____ 処置内容： _____）
		排便コントロール なし ・ あり（ _____）
		※薬剤アレルギー…なし ・ あり（ _____）
	身体面	身長（ _____ cm） 体重（ _____ kg ・ 測定日： _____）
麻痺 なし ・ あり（部位： _____）		
拘縮 なし ・ あり（部位： _____）		
精神面	意思疎通	不可 ・ 可能（言語障害…なし ・ あり（ _____））
	視力	見える ・ 見えない（視覚障害…なし ・ あり）
	聴力	聞こえる ・ 聞こえない（聴力障害…なし ・ あり）
	問題行動	なし ・ あり（ _____） ※ナースコール使用…可 ・ 不可
	身体抑制	なし ・ あり（ミトン・センサー・4点柵・衝撃吸収マット）
	睡眠	良眠 ・ 浅眠 ・ 不眠（眠剤使用…なし ・ あり）