

紹介患者 情報シート

相談機関: _____ 相談者: _____

患者氏名: _____ 様 生年月日: M・S・H 年 月 日 年齢: _____ 歳

<基本情報>

身長・体重			cm	Kg
意識障害	有	無	レベル()	
麻痺	有	無	重度・中度・軽度	
高次脳機能障害	有	無	失認・注意障害・その他()	
言語障害	有	無	失語症・構音障害	
嚥下障害	有	無		
認知症	有	無	重度・中度・軽度	
問題行動	有	無	幻視・幻覚・妄想・昼夜逆転・暴言・暴力・徘徊・介護抵抗 不潔行為・独語・異食・声出し・その他()	
抑制	有	無	体幹ベルト・ミトン・つなぎ・4点柵・その他()	
起算日			年	月 日

<ADL>

食事	経口(自立・見守り・一部介助・全介助)経管栄養(胃瘻・経鼻・点滴・IVH)
食事内容	主食()副食() とりみ 有・無
歩行	自立・見守り・一部介助・重介助 杖・装具・歩行器・シルバーカー
移乗	自立・一部介助・全介助
更衣	自立・一部介助・全介助
入浴	清拭・シャワー浴・一般浴・機械浴
排泄	自立・一部介助・全介助 方法(トイレ・リハパン・オムツ・Ba・PTイレ)

<医療処置>

点滴・IVH・酸素(L)・痰吸引・インスリン・ストマ・褥瘡(部位:) ・気管切開・その他()
--

<入院前の生活状況>

--

<退院先の希望>

自宅・施設

<介護保険>

申請状況:	未申請・申請中・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5
サービス利用:	有・無
担当ケアマネージャー	事業所: _____ 氏名: _____

<医療保険>

国保・後期1割・(限度額 区分1・2)・2割・3割・生活保護

<ご家族状況>

関連図	キーパーソン: 備考:
-----	--------------------

折り返しの連絡先:

部署名:

担当:

様

連絡先 ☎

- -

宛先: 羽生総合病院

地域医療サポートセンター

TEL: 048-562-3000(代表)

FAX: 048-562-7000