

# 患者情報提供用紙(1)

初回相談用

津軽地域ケアネットワーク共通様式

記入日 平成 年 月 日

紹介元	
担当医師	( 科 )
連携窓口担当者	
TEL - -	FAX - -



紹介先	
紹介目的	
連携窓口担当者	様
TEL - -	FAX - -

患者様	ふりがな氏名		性別	男・女	年齢		生年	年 月 日
	住所		感 染 症	HB抗原(+-・未) HCV(+-・未) ワ氏(+-・未) MRSA(+-・未) 検出部位( ) その他( )				
	TEL	- -						
	キーパーソン			(続柄: )				
	連絡先		計測	身長	cm	体重	kg	( 月 日 )
傷病名	(発症日・手術日: 年 月 日) (入院日: 年 月 日)							
既往歴								

現在行っている医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴管理 ( ) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 酸素 ( ℓ/分) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻) <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 透析(血液・腹膜) <input type="checkbox"/> ドレーン( ) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> インスリン( ) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 疼痛処置( )								
機能障害	<input type="checkbox"/> 麻痺(右・左) <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 半側無視( ) <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 視力障害(右・左・失明) <input type="checkbox"/> 聴覚障害(聾・難聴) <input type="checkbox"/> その他( )								
意識レベル	<input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> JCS ( ) 特記:								
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2								
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M								
要介護認定	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 更新中 <input type="checkbox"/> 未申請								
居宅・包括	(介護支援専門員: )								
障害者手帳	身障・愛護・精神( 種 級 障害名: ) <input type="checkbox"/> なし								
日常生活	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(杖・押し車・歩行器・車椅子・ストレッチャー・ )							
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(トイレ・ポータブルトイレ・おむつ・カテーテル留置)							
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(トイレ・ポータブルトイレ・おむつ) 最終排便: /							
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 経口介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養( )							
		<input type="checkbox"/> 普通食( ) <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 制限食( )							
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他( )							
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可(シャワー・清拭・その他: )							
	服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他( )							
	夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不穏(状態等: )							
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 困難( ) <input type="checkbox"/> その他( )							
認知症状	記憶障害(物忘れ) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				見当識障害(時間・場所) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
精神症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊								
	<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他( )								
退院先の方向性	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他( )								
療養上の留意事項	(体内金属、輸血歴、褥瘡部位、身体拘束、エアマット、患者・家族の意向、病状説明状況など)								

# 患者情報提供用紙(2)

入院時用

津軽地域ケアネットワーク共通様式

記入日 平成 年 月 日

所 属	紹 介 先
情 報 提 供 者	連 携 窓 口 担 当 者 <span style="float: right;">様</span>
TEL - - FAX - -	TEL - - FAX - -

患 者 様	ふりがな		性別	男・女	年齢	生 年 月 日	年 月 日
	氏 名	様			歳		
医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他( )						<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
経済状況	<input type="checkbox"/> ( ) 年金受給 <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> その他( )						

生活状況	生活歴/家庭での役割/家族の状況等	<家族構成図>
------	-------------------	---------

キ ー パ ー ソ ン	① 様(続柄: )	T E L	- -
	同居の有無: <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		特記:
	② 様(続柄: )	T E L	- -
	同居の有無: <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		特記:

主 治 医	病院名:	診療科:	医師名:
-------	------	------	------

処 方 薬	参照: <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 薬剤情報用紙
-------	--

他 機 関 受 診	病院名:	処方薬:
	病院名:	処方薬:

健 康 歴	アレルギー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ( )	アルコール /日	たばこ 本/日
-------	--	----------	---------

サ ー ビ ス 利 用 状 況	サービス内容	事業所	回数	サービス内容	事業所	回数
	<input type="checkbox"/> 訪問介護				<input type="checkbox"/> 訪問入浴	
<input type="checkbox"/> 訪問看護				<input type="checkbox"/> 訪問リハ		
<input type="checkbox"/> 訪問診療				<input type="checkbox"/> 通所介護		
<input type="checkbox"/> 通所リハ				<input type="checkbox"/> 短期入所		
<input type="checkbox"/> 配食サービス				<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 福祉用具:						
<input type="checkbox"/> 住宅改修:						

介護保険要介護認定	有効期間	平成	年	月	日	~	平成	年	月	日
-----------	------	----	---	---	---	---	----	---	---	---

居 宅 ・ 包 括	介護支援専門員
T E L - -	F A X - -

特 記 事 項	
---------	--

# 患者情報提供用紙(3)

退院時用

津軽地域ケアネットワーク共通様式

記入日 平成 年 月 日

入院年月日	H 年 月 日	退院年月日	H 年 月 日
-------	---------	-------	---------

患者様	ふりがな氏名	性別	男・女	年齢	生年	年 月 日	
	住所				感 染 症	HB抗原(+・-・未) HCV(+・-・未)	
	TEL	- -				ワ氏(+・-・未)	
	キーパーソン	(続柄: )				MRSA(+・-・未) 検出部位( )	
	連絡先				計測	身長	cm 体重 kg (月 日)
傷病名	(発症日: 年 月 日)						
既往歴						<退院後の通院先> ① ② ③	
入院中の経過							
処方薬							

現在行っている医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴管理( ) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引( 回/日) <input type="checkbox"/> 酸素( ℓ/分) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻) <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 透析(血液・腹膜) <input type="checkbox"/> ドレーン( ) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> インスリン( ) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 疼痛処置( )							
機能障害	<input type="checkbox"/> 麻痺(右・左) <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 半側無視( ) <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 視力障害(右・左・失明) <input type="checkbox"/> 聴覚障害(聾・難聴) <input type="checkbox"/> その他( )							
意識レベル	<input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> JCS( ) 特記:							
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2							
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M							
要介護認定	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 更新中 <input type="checkbox"/> 未申請							
居宅・包括	(介護支援専門員: )							
障害者手帳	身障・愛護・精神( 種 級 障害名: ) <input type="checkbox"/> なし							
日常生活	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(杖・押し車・歩行器・車椅子・ストレッチャー・)						
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(トイレ・ポータブルトイレ・おむつ・カテーテル留置)						
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(トイレ・ポータブルトイレ・おむつ) 最終排便: /						
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 経口介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養( )						
		<input type="checkbox"/> 普通食( ) <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 制限食( )						
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他( )						
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可(シャワー・清拭・その他: )						
	服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他( )						
	夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不穏(状態等: )						
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 困難( ) <input type="checkbox"/> その他( )						
認知症状	記憶障害(物忘れ) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				見当識障害(時間・場所) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
精神症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他( )							
療養上の留意事項	(体内金属、輸血歴、褥瘡部位、身体拘束、エアマットなど)							

医療機関名	( 病棟)	主治医:	記載者:
-------	-------	------	------