

【 紹介患者様 打診表 】

令和 年 月 日

紹介元病院

(担当者)

患者様	フリガナ			生年月日	T・S・H・R 年 月 日(歳)	
	氏名	様 (男・女)				
		住所				
入院目的		治療・検査・療養・リハビリ・緩和ケア・その他 ()				
保険関係		国保・社保・共済・後期高齢・退職・生保・労災・その他()		〈 連絡先 〉 ①氏名 TEL		〈 家族構成 〉
介護保険		無・申請中・有 (要支援・要介護) 有効期限 : 年 月末まで 担当CM :		②氏名 TEL		
身障手帳		無・有 (障害名:)		〈 内服薬 〉		
特定疾患		無・有 (病 名:)				
既往歴	発症日	疾患名				
主病名				〈 リハビリ状況 〉 起算日 : 算定区分 : 内 容 :		
入院中経過						
患者・家族の意向						
施設入所希望 : 入所申込 未・済 施設名 ()						
身体及び医療状況						
身長・体重		cm ・ kg		麻 痺	無・有 (右・左)	
移 動		独歩・杖・歩行器・押し車・車イス・ベッド		言語障害	無・有	
移 乗		自立・見守り・一部介助・全介助		視力障害	無・有 メガネ 無・有	
食 事		動作 自立・セッティング・一部介助・全介助		聴力障害	無・有 補聴器 無・有	
		主食 ご飯・粥(全粥・分粥)		意識障害	無・有 JCS ()	
		副食 常食・刻み・ミキサー		注 射	無・有 インシュリン (回/日)	
		治療食 無・有()			IVH・他()	
		食事量 kcal、とろみ 有・無			気管切開 無・有	
		経管 経鼻・胃瘻・腸瘻・食道瘻		酸 素	無・有 (マスク・カニューレ ℓ)	
		経管内容 :		呼吸器	無・有	
入 浴		自立・見守り・一部介助・全介助		管 理	使用機種 :	
		一般浴・機械浴・清拭		痰吸引	無・有 (回/日)	
更 衣		自立・見守り・一部介助・全介助		吸 入	無・有 (回/日)	
排 泄		自立・見守り・一部介助・全介助		褥 瘡	無・有 部位 :	
		トイレ・PTイレ・尿器・紙パンツ・おむつ・バルン・その他()			大きさ :	
					処置内容 :	
意思疎通		可・少し可・やや難・不可		感 染 症	無・有	
認知症		無・有 健忘・失見当識・他()			HBs・HCV・ワ氏・MRSA	
問 題 行 動		徘徊・独語・大声・異食・暴言・暴行 不潔行為・昼夜逆転・幻視・幻聴・妄想			疥癬・その他()	
精神症状		無・有 ()		* 疥癬の既往歴(6か月以内) 無・有 (発症時期 ・ 部位)		
その他		ドレーン ()・ストーマ・腎瘻・その他 ()				