

【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 氏名	紹介元病院 様(男・女)	生年月日	T·S·H·R 年 月 日(歳)	
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 ℥)		
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・Pトイレ・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()				