

○患者情報○

フリガナ

患者名: _____ (イニシャル可) 生年月日: M・T・S・H 年 月 日 歳 男・女

住所: _____ (簡単な地名のみでも可)

キーパーソン 続柄()・なし 診断名: _____ 外来・入院

紹介元:

連絡先:

担当医: 診療科 _____ 科

先生 _____ ご担当者様:

以下の当てはまる項目にチェックもしくは丸をお願い致します。

①当院紹介の理由※複数回答可。

- 治療が効かなくなったため 末期状態のため 本人の希望 家族の希望
 その他()

②臨床的な予後 1ヶ月以内 2～3ヶ月 3～6ヶ月 6ヶ月以上 急変の可能性あり③病名告知とその理解 なし・あり 【本人・家族・その他()】
 理解している 理解できていない 認識ができない 気づいている・不明

④本人・家族の希望 ()

⑤介護保険 あり・なし (要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5)

⑥日常生活動作

- ・ 食事 自立 セッティング要 一部介助 全介助 点滴 胃ろう 経鼻 IVH
食事形態 キザミ食 とろみ食 ミキサー食 ゼリー食 流動食 食欲 あり・なし
- ・ 移動動作 自立 一部介助 全介助 見守り
- ・ 移動手段 歩行 杖歩行 歩行器 シルバーカー 車イス リクライニング車イス
 ストレッチャー
- ・ 排泄 自立 一部介助 見守り 全介助 P-トイレ オムツ 尿管留置 導尿
 ストマ 人工膀胱 その他()
- ・ 入浴 自立 一部介助 全介助 見守り 清拭 シャワー浴 機械浴
- ・ 服薬管理 本人 家族 医療従事者
- ・ 問題行動 なし・あり 【せん妄・徘徊・抑制帯・離床センサー・暴力・暴言・その他()】
- ・ 認知症 なし・あり (程度 _____)

⑦疼痛・症状

- ・ 疼痛 なし・あり 部位 () 現在使用している薬()
- ・ 麻痺 なし・あり 部位 ()
- ・ 吐気・嘔吐 なし・あり ・気管切開 なし・あり
- ・ 褥瘡 なし・あり 部位 () マット使用 あり・なし(エアマット、体圧分散、その他)
- ・ 精神的症状 なし・あり 【うつ・不眠・不安・傾眠・その他()】
- ・ 酸素吸入 なし・あり 【カニューレ・マスク・リザーバー(ℓ/分)】

○●ご記入ありがとうございました。このシートは事前面接の前日までに FAX をお願い致します。●○

済生会飯塚嘉穂病院 地域医療連携室 直通 FAX 0948-22-3859