

○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・抑制剤・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 地域連携福祉事業課 直通 FAX 0948-22-3859