

患者様状態確認書(医療療養病棟)

この度転院のご相談をいただきました患者様の状態につきまして、情報の提供をお願いいたします。

診療情報提供書とこちらの患者様状態確認書に基づいて、入院相談の受付・検討をさせていただきます。

ご記入者は医師・看護師どなたでも構いませんので、どうぞよろしくお願い致します。

ふりがな 患者氏名	様	年齢 ()歳	性別 (男 ・ 女)
ご家族 連絡先	様	続柄 ()	
	(日中、連絡がとれる番号をご記入ください) 電話番号	※連絡がとれる時間帯など配慮事項 ()	
医療処置	☐ 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻) ☐ 気管切開 ☐ レスピレーター ☐ 吸引(1日 回程度) ☐ モニター ☐ 酸素(L/分) ☐ 褥創 ☐ IVH ☐ 点滴 ☐ 透析 ☐ ストーマ ☐ インスリン ☐ 注射() ☐ 間歇導尿 ☐ 留置カテーテル		
感 染 症	☐ MRSA() ☐ HCV抗体() ☐ HBs抗原() ☐ HIV ☐ ありの場合() ☐ 不明		
視 力	☐ 普通 ☐ 見えにくい ☐ ほとんど見えない ☐ 判断不能		
聴 力	☐ 普通 ☐ 大声で聞こえる ☐ ほとんど聞こえない ☐ 判断不能		
意思疎通	☐ 伝達できる ☐ ときどき伝達できる ☐ ほとんど伝達できない ☐ できない		
寝 返 り	☐ 自立 ☐ 監視 ☐ 一部介助() ☐ 全介助		
起き上がり	☐ 自立 ☐ 監視 ☐ 一部介助() ☐ 全介助		
座位保持	☐ 自立 ☐ 監視 ☐ 一部介助() ☐ 全介助		
移 乗	☐ 自立 ☐ 監視 ☐ 一部介助() ☐ 全介助		
移動手段	☐ 歩行(杖なし) ☐ 歩行(杖あり) ☐ 歩行器 ☐ シルバーカー ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー		
移 動	☐ 自立 ☐ 監視 ☐ 一部介助() ☐ 全介助		
食 事	☐ 自立 ☐ 監視 ☐ 一部介助() ☐ 全介助		
食 形 態	食種 (・ kcal/日) 形態 (主食 : 副食 :) とろみ(☐ なし ☐ あり)		
排 泄	☐ 自立 ☐ 監視 ☐ 一部介助() ☐ 全介助 ☐ オムツ ☐ 失禁(無・時々・有)		
入 浴	☐ 自立 介助浴(☐ 全介助 ☐ 一部介助() ☐ 見守り) ☐ 特殊浴		
更 衣	☐ 自立 ☐ 監視 ☐ 一部介助() ☐ 全介助		
整 容	☐ 自立 ☐ 監視 ☐ 一部介助() ☐ 全介助		
睡 眠	☐ 良好 ☐ 不良(不良の原因:) 眠剤の使用 ☐ なし ☐ 時々 ☐ 常用(薬品名:)		
認知機能	☐ 判断不能 ☐ 低下なし ☐ 低下あり	☐ 記憶障害 ☐ 徘徊 ☐ 介護への抵抗 ☐ 暴行 ☐ 意欲低下 ☐ 見当識障害 ☐ 昼夜逆転 ☐ 独語 ☐ 大声 ☐ 幻覚・妄想 ☐ 性格変化 ☐ 夜間不穏 ☐ 暴言 ☐ 不潔行為 ☐ 抑うつ その他()	
高次脳 機能障害	☐ 判断不能 ☐ なし ☐ あり ☐ 失語 ☐ 失行 ☐ 失認 ☐ 注意障害 ☐ 半側空間無視 ☐ 病識低下 ☐ その他()		
リハビリ	☐ PT ☐ OT ☐ ST ☐ リハビリ開始日()		
そ の 他	抑制 ☐ なし ☐ あり , 熱発 ☐ なし ☐ あり , 転倒・転落 ☐ なし ☐ あり , 危険動作 ☐ なし ☐ あり DNAR同意 ☐ なし ☐ あり(いつ、誰に:)		
特記事項			
※ 退院後の方向性について ☐ 自宅() ☐ 施設() ☐ その他()			
※ 疾患・障害・後遺症等に関する説明の有無 : 有 () ・ 無			
※ 転院後の貴院再診の必要性 : 有 (時期) ・ 無			
※ 入院中の他院受診の必要性 : 有 (時期) ・ 無			
※ 介護保険の有無 : 有 (申請中、要支援、要介護1・2・3・4・5) 有効期間 : () ・ 無			

潤和会記念病院 地域連携室宛

記入日: 年 月 日

記入者:医療機関名

職種 ☐医師 ☐看護師 ☐その他

氏名 印

※ご記入ありがとうございました。記載内容等のお問い合わせは、潤和会記念病院 入院相談窓口「地域連携室」【直通TEL.0985-47-5314】または【代表TEL.47-5555】にて承っております。