

患者様状態確認書(加療/リハビリ継続目的入院)

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・調整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		年齢()歳 性別(男・女) 身長()cm/体重()kg
患者氏名	様	
医療処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 吸引(1日 回程度) <input type="checkbox"/> モニター <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 注射() <input type="checkbox"/> 間歇導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他()	
意思疎通	<input type="checkbox"/> 伝達できる <input type="checkbox"/> ときどき伝達できる <input type="checkbox"/> ほとんど伝達できない <input type="checkbox"/> できない	
基本動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助	
移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行(杖なし) <input type="checkbox"/> 歩行(杖あり) <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 失禁(無・時々・有)	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 介助浴(<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 見守り) <input type="checkbox"/> 特殊浴 <input type="checkbox"/> 未実施	
認知機能	<input type="checkbox"/> 判断不能 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 低下なし <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 低下あり <input type="checkbox"/> 性格変化 <input type="checkbox"/> 夜間不穏 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 抑うつ その他()	
リハビリ	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> リハビリ開始日()	
その他	抑制 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり, 熱発 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり, 転倒・転落 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり, 危険動作 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
特記事項		
※ 疾患・障害・後遺症等に関する説明の有無 : 有 () ・ 無		
※ 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		
※ 個室希望の有無 : 有 () ・ 無		

潤和会記念病院 患者支援室宛

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「患者支援室」【直通Tel.0985-47-5314】
 または【代表Tel.47-5555】にて承っております。