

紹介元			
医療機関名			
担当者		職種	
連絡先			
TEL			
FAX			

宮崎大学医学部附属病院

2階南（精神科）病棟 入院担当医師・看護師
〒889-1692

宮崎県宮崎市清武町木原 5200

TEL 0985-85-9249（精神科外来）

FAX 0985-85-0994（2階南病棟）

精神科患者情報提供書

診療科：	氏名：	生年月日：	年	月	日	年齢：	歳	性別：(男・女)
到着日時	年		月	日	時	分頃		
来院時移動手段	<input type="checkbox"/> 自家用車(家族送迎) <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他()							
来院時同伴者	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 家族(続柄：) <input type="checkbox"/> その他()							
身体状態	【精神症状】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 危険行動 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 拒薬 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他()						
	【身体抑制】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 隔離 <input type="checkbox"/> 身体拘束：部位()						
	【理解力】	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 コミュニケーション手段()						
	【ADL】	食事介助 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> セッティングのみ <input type="checkbox"/> とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 食事形態 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> その他()						
		移動 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 付き添い歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他：麻痺・免荷の有無等()						
		尿意 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 便意 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 排泄介助 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 間歇的導尿 <input type="checkbox"/> その他()						
【褥瘡】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：部位() <input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> その他()							
医療処置	【点滴】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 末梢静脈：部位() <input type="checkbox"/> 中心静脈：部位()						
	【カテーテル等】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 酸素()L/分 <input type="checkbox"/> マスク・カニューラ <input type="checkbox"/> 経管栄養： <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経腸 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他()						
対策を要する感染の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> CD トキシン <input type="checkbox"/> その他() 病原体の検体： <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> その他()							
【記載日】	年		月	日	記載者：()			

上記内容について、宮崎大学医学部附属病院への情報提供を同意します。

年 月 日 患者(家族)氏名：

続柄：

(必要時記入)