宮崎大学医学部附属病院　患者支援センター宛　　　FAX送信書

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介元医療機関名 | 宮崎大学医学部附属病院患者支援センター　入院支援担当〒889-1692宮崎県宮崎市清武町木原5200TEL　　　0985-85-9896FAX　　　0985-85-9769 |
| 担当者 |  | 職種 |  |
| 連絡先 |
| TEL |  |
| FAX |  |

**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 | □自家用車(家族送迎)　　□介護タクシー　　□バス　　　□タクシー□公用車　　□救急車　　□ドクターヘリ　　□その他(　　　　　　　　　　　) |
| 移動方法　　□独歩　　□車椅子　　□ストレッチャー |
| 来院時同伴者 | □医師　　　　□看護師　　　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　)□家族(関係：　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 身体状態 | 【ADL】 | 麻痺　□無　　□有：部位　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 食事介助　□無　　□有　　□セッティングのみ　 |
| 排泄介助　□無　　□有　　□ベッド上排泄　　　□オムツ使用 |
| 移動　□独歩　　□車椅子　□ストレッチャー　□歩行器　□杖　　　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 【認知機能障害】 | □無　　□有：□せん妄　　□認知症　　□その他(　　　　　　　　　　　　　) |
| 【ベッド条件】 | □無　　□エアマット　種類：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□体圧分散マット(エアマット以外)　種類：（　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 【褥瘡】 | □無　　□有(部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 医療処置 | 【末梢点滴】 | □無　　□有：部位(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　　□ヘパロック　□持続　□輸液ポンプ　□シリンジポンプ |
| 【中心静脈カテーテル】 | □無　　□有：部位(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　　□ヘパロック　□持続　□輸液ポンプ　□シリンジポンプ |
| 【カテーテル等】 | □膀胱留置カテーテル　　　□膀胱瘻　　　□腎瘻(左・右)□人工肛門(部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)□ドレーン(部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)(左・右)□胸腔ドレーン(左・右)　　持続吸引(有・無)□経管栄養(経鼻・経腸・胃瘻・(その他：　　　　　　　　　　　　　　　　　　)□気管切開　　　　□人工呼吸器　　　　□非侵襲的人工呼吸器□酸素(　　　　L/分　□マスク　□カニューラ　)□心電図　　　□パルスオキシメーター　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 対策を要する感染の有無 | □無　　□有：□MRSA　□CDトキシン　□その他（　　　　　　　　　　　 　　）　　　　　□病原体の検体：□痰　□尿　□便　□その他（　　　　　　　　） |
| 介護保険利用状況 | □無　　□申請中　　□サービス利用(有・無)□有：□要支援(１・２)　　□要介護(１・２・３・４・５) |

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**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)