

# 患者情報提供書

紹介元 医療機関名			
担当者		職種	
TEL			
FAX			

指定管理者国立大学法人宮崎大学  
**宮崎市立田野病院 地域連携室**  
 〒889-1702  
 宮崎県宮崎市田野町乙7696番地  
 TEL 0985-86-1155 (代表)  
 FAX 0985-86-4502

患者氏名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年	月	日	歳	
住所								
家族情報	家族氏名	続柄	連絡先					
	住所							
疾患名								
転院目的		<input type="checkbox"/> 継続治療	<input type="checkbox"/> 療養	<input type="checkbox"/> リハビリ	<input type="checkbox"/> その他( )			
退院後の見通し		<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 転院( )		<input type="checkbox"/> その他( )		
既往歴								
ADL	起居	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
		<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー						
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
		<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ズボンの上げ下ろし介助 <input type="checkbox"/> 導尿						
		<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 車椅子移乗介助 <input type="checkbox"/> バルーン留置 <input type="checkbox"/> ストマ						
	食事介助	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	※誤嚥	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	食事内容	kcal		主食形態:	副食形態:	アレルギー( )		
	保清	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> シャワー浴	<input type="checkbox"/> 清拭	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 要介助	
ベット条件	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 体圧分散マット	<input type="checkbox"/> エアマット	※個室希望	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有:部位( )		) 処置内容( )				
認知レベル	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIIa	危険行為	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	ナースコール使用	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIb	離床センサー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	その他( )		
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	内容:		対応状況:				
介護保険利用状況		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> サービス利用中(無・有)				
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 要支援(1・2)	<input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)				
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	障害者種別( )		障害者等級( )級				
来院時移動手段	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他( )							
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他( )							
来院時同伴者	<input type="checkbox"/> 家族(関係: ) <input type="checkbox"/> その他( )							

一般  包括 受入担当医( ) 転院日( ) ※こちらは当院で記入します。

2018年7月改定