

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

〒889-1704

宮崎県宮崎市田野町南原1丁目6番地2

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()								
入院病床種別 <input type="checkbox"/> 一般病床:入院期間 日 <input type="checkbox"/> 地域包括ケア病床:入院期間 日 <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。
2019年4月改定