

患者情報シート（１）医療連携用

（診療情報提供書） 記入年月日 ____年 ____月 ____日

紹介先医療機関名

紹介元医療機関名

診療科 _____

診療科 _____

紹介先医師名 _____

主治医 _____ (印)

患者氏名	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 性別： 男 ・ 女
住所	TEL :
診断名	(主病名) (発症 年 月 日)
合併症・ 後遺障害	
発症からの 病状経過	
意識障害	無 ・ 有 (JCS : . .) その他 ()
検査データ 異常所見	
他科依頼の 有無・病名	無 ・ 有 (科、病名 :)
既往歴	* 白内障：無・有、緑内障：無・有、廃用症候群：無・有 (年 月)
家族への 説明内容	* 延命処置の希望：無 ・ 有 ()

呼吸・循環動態	血圧： / mmHg (月 日)、不整脈：無・有 () 気管切開：無・有 (カニューレメーカー： 、サイズ： Fr、交換： 週毎)
今後も必要な医療処置	点滴・中心静脈栄養・酸素吸入 (L/分)・吸引・バルーン・人工呼吸器・ 血糖チェック・インスリン注射・人工透析 以上、詳細は備考欄へ記入 その他 ()
感染症の有無	無・有 (梅毒・HBV抗原・HCV・HIV・MRSA (部位：)) 疥癬・多剤耐性緑膿菌 (部位：) その他 ()
薬剤	内服薬： 外用薬： 注射薬： 自己管理：可・一部介助・全介助
禁忌・アレルギー	無・有 (薬剤： _____ 食品： _____) その他： _____)
栄養摂取	嚥下障害：無・有、咀嚼障害：無・有、経口摂取：無・有 経管栄養：無・有 (鼻腔・食道ろう・胃ろう・腸ろう・その他、 栄養剤の種類： _____、摂取量 _____ kcal/日、 チューブサイズ： _____ Fr、最終交換日： 月 日)
精神機能	認知症：無・有 (日常生活自立度 a・b・a・b・M) 精神症状：無・有 () 精神科受診：無・有 (診断名： 受診先：) 失語症：無・有、構音障害：無・有
身体機能	麻痺：無・有 (左・右・両側、上肢・下肢・体幹、完全・不全、その他) 拘縮：無・有 (左・右・両側、肩・肘・股・膝・手首・手指・体幹、その他) その他：無・有 (筋力低下・不随意運動・失調・その他)
リハビリテーション	無・有 (理学療法・作業療法・言語療法・摂食機能療法・ その他) リハへの意欲：無・有
備考欄	

患者情報シート（２）地域連携用

記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入者：職種 _____ 氏名 _____ ⑨

患者氏名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）

身体機能および日常生活動作（ADL）

身長・体重	身長 _____ cm、体重 _____ kg（ _____ 年 _____ 月 _____ 日現在）
視力	眼鏡・コンタクト（無・有） 見える・大きな字なら見える・殆ど見えない・見えない
聴力	補聴器（無・有） 聞こえる・大きな音なら聞こえる・殆ど聞こえない・聞こえない
褥創	無・有（部位： _____ 、処置法： _____ ）
移動	つえ・シルバーカー・歩行器・車椅子、 自立・見守り・一部介助・全介助
起居動作	自立・見守り・一部介助・全介助 移乗動作：自立・見守り・一部介助・全介助
排泄	失禁：無・有、 オムツ使用：無・有
排尿	尿意：無・有、トイレ・尿器・ポータブル・オムツ、自立・見守り・一部介助・全介助 バルーン留置：無・有（サイズ： _____ Fr、交換頻度： _____ 週毎）
排便	便意：無・有、トイレ・差込便器・ポータブル・オムツ、自立・見守り・一部介助・全介助、 下剤の使用：無・有（下剤・浣腸・摘便）
食事	箸・スプーン・フォーク・自助具（ _____ ） 自立・見守り・一部介助・全介助
入浴	一般浴・特殊浴・シャワーのみ・清拭のみ _____ 、自立・見守り・一部介助・全介助
更衣	自立・見守り・一部介助・全介助、 整容：自立・見守り・一部介助・全介助
歯磨き	自立・見守り・一部介助・全介助、 入れ歯：無・有、 口腔内衛生状態：良・悪
意思疎通	失語症：無・有（ _____ ） 構音障害：無・有（ _____ ） 表現：可・一部可・不可、 理解：可・一部可・不可
問題行動	無・有（精神症状・昼夜逆転・頻回のコール・幻覚・妄想・徘徊・転倒転落・ 自己抜去・攻撃的行為・不潔行為・大声を出す・ その他 _____ ）
抑制	無・有（方法： _____ ）
備考欄	

ソーシャルワーク

保険種別	国保（本人・家族） 社保（本人・家族） 老人（1割・3割） 非課税減額、 高齢（1割・2割・3割） 障害（食のみ） 難病、原爆、乳、子、親、 生保（_____福祉事務所・TEL _____・担当 _____）
障害者手帳	無・有（身体・知的・精神、部位： _____、種 級・度、 _____年交付）
介護保険	無・有（要支援1・2、要介護1・2・3・4・5）
かかりつけ医	無・有（ _____先生、 _____病院・医院・クリニック・診療所）
ケアマネジャー	無・有（氏名： _____、事業所名： _____）
その他の社会 資源利用	無・有（ _____）
主たる意思 決定者	本人・本人以外（氏名： _____、続柄： _____）
家族構成図	
患者・家族の 希望 (可能なら 本人・家族が 直接記入)	本人： 家族：
家屋状況	一戸建て・集合住宅（ _____階建ての _____階に居住）・エレベーター 無・有 持ち家・賃貸・その他（ _____） 家屋の改修の必要性：無・有（ _____）
備考欄	
同意確認	地域連携パスとしての使用：可、不可 本人： _____ ㊟ 家族代表： _____ ㊟