

岐阜地域統一 患者基本情報提供書

記入日

情報提供者	( ) 病院 担当者 ( ) 電話 内線	
	主治医 ( ) 科	Dr ) Fax
フリガナ	生年月日	性別
患者氏名		0 歳
		住所 電話番号
診断名	地域連携バス適応 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )	
経過	既往歴	
発症年月日	リハビリ病名:	
入院年月日	開始日:	
手術年月日 (術式 )	リハビリ内容: <input type="checkbox"/> 理学 <input type="checkbox"/> 作業 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下	
継続が必要な医学管理	残存する障害:	
	麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: )	
	言語 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ( <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症 )	
	高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	感染症 MRSA <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: )	
	その他 ( <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> )	
今後必要な他科受診		
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 頻度: ( ) 科 ( ) 回/週		
その他: ( )		
認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
認知症の行動心理状況		
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ( <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不隠興奮 )		
<input type="checkbox"/> 不潔行動 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄		
<input type="checkbox"/> その他 ( )		
日常生活自立支援度 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J-1 <input type="checkbox"/> J-2 <input type="checkbox"/> A-1 <input type="checkbox"/> A-2 <input type="checkbox"/> B-1 <input type="checkbox"/> B-2 <input type="checkbox"/> C-1 <input type="checkbox"/> C-2 )		
認知症判定表 ( <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M )		
意識状態(JCS) ( <input type="checkbox"/> 0<意識障害なし> <input type="checkbox"/> I-1 <input type="checkbox"/> I-2 <input type="checkbox"/> I-3 <input type="checkbox"/> II-1 <input type="checkbox"/> II-2 <input type="checkbox"/> II-3 <input type="checkbox"/> III-1 <input type="checkbox"/> III-2 <input type="checkbox"/> III-3 )		
ADL	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事内容 ( <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 特別食 ( ) )	
	経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻カテ <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) 濃厚流動食種類 ( )	
	排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 膀胱留置バルンカテーテル )	
	<input type="checkbox"/> ストーマ ( <input type="checkbox"/> 消化管 <input type="checkbox"/> 尿管 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( <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 )	
清潔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 )		
※「一部介助」には「見守り」「声かけ」が必要な場合も含まれます		
家族構成	※患者の家族構成を図示して下さい 患者は◎(女性)、□(男性)で示す	
キーパーソン氏名: 続柄 ( )	保険種別 1 <input type="checkbox"/> 健康保険 ( <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 全国健保 )	
	2 <input type="checkbox"/> ( <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 労災 ) 3 <input type="checkbox"/> 生保 4 <input type="checkbox"/> 重度医療	
	障害者(児)手帳 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 ) <input type="checkbox"/> 無 ( <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請予定 )	
	( ) 級 障がい名 ( )	
特定疾患 (疾患名: )		
介護保険 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定あり		
要支援 ( ) 要介護 ( ) 期限: ( )		
居宅介護支援事業所名 ( ) 担当者: ( )		
転院目的	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 転院後の方向性 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
本人の考える方向性:	医療者が想定する方向性:	
家族の考える方向性:		
備考 *処方内容は診療情報提供書などを参照下さい *病室の希望があれば記載下さい *経済面についてもわかれば記載下さい		
□ 情報提供にあたっては <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 家族 の同意を得てあります ( )		