

在宅連携用 基本情報提供書Ⅱ (

病院→在宅担当者)

医療機関名		電話 ()	—	内線 ()
		FAX ()	—	
ID番号		主治医	科	医師
フリガナ		性別		
氏名		居住住所		
生年月日	年 月 日 歳	電話番号		
		携帯番号		
保険種別	1 健康保険 (高齢 後期高齢 国保 組合 全国健保) 2 自賠 労災 3 生保 4 重度医療			
障害者(児)手帳	<input type="checkbox"/> 有 (身体 療育 精神) <input type="checkbox"/> 無 (申請中 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			
介護度	要支援() 要介護() 期限 : 年 月 日			
居宅介護事業所名	(担当者:)			
家族構成 ※患者の家族構成を図示してください 患者は□(男性),◎(女性)で示す	キーパーソン氏名		続柄()	
	キーパーソン連絡先			
診断名	入院日 H 年 月 日 ~ 月 日 手術年月日 H 年 月 日 術式 :			
経過			既往歴	
継続が必要な医学管理				
<input type="checkbox"/> 補液 (<input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 末梢)				
<input type="checkbox"/> 吸痰 (頻度 回 / 日・時間) <input type="checkbox"/> 酸素 L				
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> NIPPV				
<input type="checkbox"/> インスリン () <input type="checkbox"/> 血糖測定 回 / 日				
<input type="checkbox"/> 輸血 () <input type="checkbox"/> 透析 (血液・CAPD)				
<input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位: サイズ:) 処置() (程度: I II III IV)				
<input type="checkbox"/> その他()				

ADLの状況		※「一部介助」には「見守り」「声掛け」が必要な場合を含みます	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 特別食() <input type="checkbox"/> 濃厚流動食		
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"/> PB <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差し込み便器 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル		
	<input type="checkbox"/> 消化管ストマ <input type="checkbox"/> 尿管ストマ <input type="checkbox"/> その他		
起居	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	<input type="checkbox"/> 補助具なし <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <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		
日常生活自立度 (自立 J-1 J-2 A-1 A-2 B-1 B-2 C-1 C-2)			
認知症判定表 (正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M)			
意識状態 (JCS) 0 (意識障害なし) I-1 ・2 ・3 II-1 ・2 ・3 III-1 ・2 ・3			
内服薬・外用薬 (□別紙参照ください)			
薬剤管理状況 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 内服確認が必要 <input type="checkbox"/> 看護師管理			
残存する障害			
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症)		
高次機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
リハビリの状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 理学 <input type="checkbox"/> 作業 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下)		
感染症	MRSA <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 HBV <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + HCV <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +		
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
認知症の周辺症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 不潔行動 <input type="checkbox"/> 夜間譫妄)		
継続が必要な他科受診	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (頻度 回 / 日)		
継続必要な医療行為・処置がある場合の習得状況			
(<input type="checkbox"/> 自己又は家族にて行える <input type="checkbox"/> 概ね行えるが確認が必要 <input type="checkbox"/> 介入が必要)			
病名・病状に対する説明			
本人	()		
家族	()		
今後の療養に対する希望			
本人	()		
家族	()		
備考(今後の課題など、自由に記載してください)			
<input type="checkbox"/> 情報提供にあたっては、患者・家族の同意を得ております(/)			
記載日	平成 年 月 日	記載者	監査者