

FAX 092-957-7375  
TEL 092-957-7374

### 予約(転院)連絡票

患者氏名		様(男・女)	
生年月日		(M・T・S・H)	年 月 日 ( 歳)
住所		*市町村までで構いません	
*医療面の箇所は該当する項目がある場合のみチェックしてください。			
医療面	医療処置	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置(メーカー: _____ サイズ: _____ カフ: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ:最終交換日 / 次回交換日 / 喀痰吸引:回数 回/日) <input type="checkbox"/> 酸素吸入(常時・適時 L/分、 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> カニューレ) <input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度) <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> IVH ポート( ) <input type="checkbox"/> インスリン自己注( <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置(部位 _____ ) I・II・III・IV <input type="checkbox"/> その他( )	
	感染症	<input type="checkbox"/> MRSA( <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検) 検出部( ) <input type="checkbox"/> HB ( <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検) <input type="checkbox"/> その他( )	
身体状況	身長・体重	身長( _____ cm) 体重( _____ kg) 計測日 平成 年 月 日	
	栄養手段・内容	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 食事内容( _____ kcal)食 <input type="checkbox"/> 主食( ) <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ムース食 <input type="checkbox"/> 経管栄養( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻→胃瘻チューブ号数: _____、最終交換日 / 次回交換日 / <input type="checkbox"/> 栄養剤の種類( _____ ml) <input type="checkbox"/> 白湯( _____ ml) <input type="checkbox"/> 補助食品( )	
	食事摂取状況 口腔状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティングのみ介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 咀嚼( <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可) 嚥下( <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可)	
	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"/> トイレ <input type="checkbox"/> P-WC <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> ストーマ 尿意: <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 当たり外れあり <input type="checkbox"/> なし 回数( _____ /日) 便意: <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 当たり外れあり <input type="checkbox"/> なし 回数( _____ /日)	
	歩行 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 用具( <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	入浴	<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"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴)	
	寝返り 起き上がり 座位保持 立ち上がり 着脱	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可 体位変換( <input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要) 褥瘡マット( <input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要) <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"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
障害他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 部位( _____ ) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 部位( _____ ) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 程度( _____ ) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 分類( _____ ) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 睡眠剤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( _____ ) 嗜好品 タバコ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( _____ 本/日 _____ 才より) アルコール <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( _____ ) アレルギー <input type="checkbox"/> 食事( _____ ) <input type="checkbox"/> 薬剤( _____ ) <input type="checkbox"/> 症状( _____ )		
精神面	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 覚醒している <input type="checkbox"/> 刺激すると覚醒する <input type="checkbox"/> 刺激しても覚醒しない <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いづらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> yes/Noに限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> ケアへの抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 放声 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) *問題行動への対処:抑制 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 対処方法( _____ )		
今後の方向性	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設入所( _____ ) <input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> その他( _____ )		
介護保険	要支援1・2要介護1・2・3・4・5 未申請・申請中・認定H 年 月 日~H 年 月 日		
家族状況	独居・高齢者世帯・日中独居・その他( _____ )		
転院理由・その他			

\*当院では全館禁煙、抑制廃止に取り組んでいます。