

予約(転院)連絡表

患者氏名		様(男・女)	
生年月日		(M・T・S・H)	年 月 日 (歳)
住所			
*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"/> 喀痰吸引:回数 回/日 <input type="checkbox"/> 酸素吸入(常時・適時 L/分、 <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> カニューレ) <input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテル(<input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> CVポート) <input type="checkbox"/> インスリン(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 自己注射(<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) 回数 回/日 時間: <input type="checkbox"/> 血糖測定 回数 回/日 時間: <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置(部位 /処置内容) 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 年 月 日	
	栄養手段・内容	<input type="checkbox"/> 経口摂取 ・食事内容()食 ()kcal 形態:主食() 副食(<input type="checkbox"/> 一口大 <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"/> 補助食品() ・とりみ: <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし ・食事状況: <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 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 回数 回/日 時間: 胃瘻チューブ種類:()(Fr/ cm) 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)	
	口腔状態	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"/> 尿器 <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	<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"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> シルバーカー)	
	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	
	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	<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)	
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
着脱	<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	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位()	
	関節拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位()	
	高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 程度()	
	言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 分類()	
	視力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	聴力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 睡眠剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	嗜好品	タバコ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (本/日 才より) アルコール <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () アレルギー <input type="checkbox"/> 食事() <input type="checkbox"/> 薬剤() <input type="checkbox"/> 症状()	
精神面	意識障害	<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 ・認知症(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	
	伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> yes/Noに限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない	
	問題行動	<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 <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()	
保険関係	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 年 月 日～ 年 月 日 居宅事業所: 担当CM: ・保険種別:() ・障害手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(級/) ・特定疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名/)		
かかりつけ			
家族状況	独居・高齢者世帯・日中独居・その他()		
その他			