

お手数をお掛け致しますが、診療情報提供書（ラボデータ含む）、と伴にご送信いただけますようお願い致します。

※ 診療情報提供書に記載のある項目は記入不要です。 ※ Fax送信時に個人を特定できない処理をしていただいで結構です。

急性期⇒和仁会病院宛 「転院情報用紙」

記載日	年	月	日	記載者	職種	
患者名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身長	cm	体重	kg
特別な医療	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 間歇導尿 <input type="checkbox"/> 創傷処置 () <input type="checkbox"/> 感染対策 () <input type="checkbox"/> その他 ()					
機能的自立度評価表	項目	コメント	得点	項目	コメント	得点
	セル	食事	点	移乗	ベッド・椅子・車椅子	点
	セル	整容	点	移乗	トイレ	点
	セル	清拭	点	移乗	浴槽・シャワー	点
	セル	更衣（上半身）	点	移動	歩行・車椅子	点
	セル	更衣（下半身）	点	移動	階段	点
	セル	トイレ	点	7：完全自立（時間、安全性含め） 6：修正自立（補助具使用） 5：監視 4：最小介助（患者自身で75%以上） 3：中等度介助（50%以上） 2：最大介助（25%以上） 1：全介助（25%未満）		
排泄	排尿コントロール	点				
排泄	排便コントロール	点				
食事内容	<input type="checkbox"/> 常食 アレルギー・嗜好等 () <input type="checkbox"/> 治療・制限食 (<input type="checkbox"/> エネルギー Kcal <input type="checkbox"/> 塩分 g <input type="checkbox"/> 蛋白 g <input type="checkbox"/> 脂質 g) <input type="checkbox"/> 食形態 () <input type="checkbox"/> 経管栄養の内容 () <input type="checkbox"/> 嚥下食等 ()					
排尿・排便	<input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 誘導 ()					
入浴・清潔	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 介助浴 特記 ()					
認知症の有無 問題行動	<input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> 問題行動なし { <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 認知症あり { <input type="checkbox"/> 問題行動あり { <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 () 認知症高齢者日常生活自立度判定 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 長谷川認知症スケール (/30)					
患者が転院後に希望する退院先	<input type="checkbox"/> 入院前の生活の場 → <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入所していた施設等 <input type="checkbox"/> 新たな生活の場 → <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設等 <input type="checkbox"/> 入院の継続					
転院について患者・家族への説明内容及び希望事項等						
入院前の生活状況						
入院前の生活状況 特記事項等						
家族構成	<input type="checkbox"/> 同居家族あり () <input type="checkbox"/> 独居 (支援可能な親族の状況) ()					
主たる支援者	氏名		続柄		電話	-
要介護認定	<input type="checkbox"/> 認定あり <input type="checkbox"/> 介護 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> 支援 I II 有効期限： 年 月 日 限り					
	<input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 申請中 (利用検討中のサービスなど) ()					
入所先施設	名称	担当者名				
ケアマネジャー	事業所名	担当者名				
掛かりつけ医	医療機関名	医師名				