

患者情報シート(1) 医療連携用

(診療情報提供書)

記入年月日 年 月 日

紹介先医療機関名

紹介元医療機関名

診療科

診療科

紹介先医師名

先生

主治医

印

患者氏名							
生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女
住所				TEL			
診断名	主病名			発症:	年 月 日		
合併症 後遺障害							
発症からの病状 経過							
意識障害	無・有	JCS: I・II・III		その他()			
検査データ 異常所見							
他科依頼の有 無、病名	無・有						
	(科 病名:)						
既往歴 (現在治療は行わ れてないもの)	(科 病名:)						
	白内障: 無・有	緑内障: 無・有		廃用症候群: 無・有			年 月
家族への説明内 容(治療方針)							
	*延命処置の希望: 無・有						

呼吸・ 循環動態	血圧: _____ / _____ mmHg (____月____日)		不整脈: 無・有		
	気管切開: 無・有		カニューレメーカー: _____ サイズ: _____Fr. 交換 _____ 週毎		
今後も必要 な医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 酸素吸入(_____ L/分) <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 尿道バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 血糖チェック <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 詳細は備考欄へ記入 その他(_____)				
感染症の 有無	無・有	<input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> HBV 抗原 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> MRSA (部位: _____) <input type="checkbox"/> 多剤耐性緑腫菌 (部位 _____) <input type="checkbox"/> その他(_____)			
薬剤	内服(または 注射剤)				
	外用薬				
	自己管理:		可 ・ 一部介助 ・ 全介助		
禁忌・アレ ルギー	無・有	<input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 食品 (_____) その他(_____)			
栄養摂取	嚥下障害: 無・有		咀嚼障害: 無・有		経口摂取: 無・有
	経管栄養: 無・有		鼻腔・食道ろう・胃ろう・腸ろう・その他		
	1日水分量: _____ cc		(_____)		
	栄養剤の種類:		摂取量		kcal/日
	水分摂取量:				
	チューブサイズ _____Fr		最終交換日 _____月____日 (頻度: _____)		
精神機能	認知症: 無・有		日常生活自立度: I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M		
	精神症状: 無・有		詳細:		
	精神科受診: 無・有				
	失語症: 無・有				
	構音障害: 無・有				
身体機能	麻痺: 無・有		詳細:		
	拘縮: 無・有				
	その他: 無・有				
リハビリテ ーション	無・有	<input type="checkbox"/> 理学療法 ・ <input type="checkbox"/> 作業療法 ・ <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 ・ <input type="checkbox"/> 摂食嚥下訓練 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
	リハへの意欲: 無・有				
備考欄					