

## ○患者情報○

フリガナ

患者名: \_\_\_\_\_ (イニシャル可) 生年月日: M・T・S・H 年 月 日 歳 男・女

住所: \_\_\_\_\_ (簡単な地名のみでも可)

キーパーソン 続柄( )・なし 診断名: \_\_\_\_\_ 外来・入院

紹介元:

連絡先:

担当医: 診療科 \_\_\_\_\_ 科

先生 \_\_\_\_\_ ご担当者様:

以下の当てはまる項目にチェックもしくは丸をお願い致します。

## ①当院紹介の理由※複数回答可。

- 治療が効かなくなったため     末期状態のため     本人の希望     家族の希望  
 その他( )

②臨床的な予後     1ヶ月以内     2～3ヶ月     3～6ヶ月     6ヶ月以上     急変の可能性あり③病名告知とその理解    なし・あり    【本人・家族・その他( )】  
 理解している     理解できていない     認識ができない     気づいている・不明

## ④本人・家族の希望 ( )

## ⑤介護保険    あり・なし (要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5)

## ⑥日常生活動作

- ・ 食事     自立     セッティング要     一部介助     全介助     点滴     胃ろう     経鼻     IVH  
食事形態     キザミ食     とろみ食     ミキサー食     ゼリー食     流動食    食欲    あり・なし
- ・ 移動動作     自立     一部介助     全介助     見守り
- ・ 移動手段     歩行     杖歩行     歩行器     シルバーカー     車イス     リクライニング車イス  
 ストレッチャー
- ・ 排泄     自立     一部介助     見守り     全介助     P-トイレ     オムツ     尿管留置     導尿  
 ストマ     人工膀胱     その他( )
- ・ 入浴     自立     一部介助     全介助     見守り     清拭     シャワー浴     機械浴
- ・ 服薬管理     本人     家族     医療従事者
- ・ 問題行動    なし・あり 【せん妄・徘徊・抑制帯・離床センサー・暴力・暴言・その他( )】
- ・ 認知症    なし・あり (程度 \_\_\_\_\_ )

## ⑦疼痛・症状

- ・ 疼痛    なし・あり    部位 ( )    現在使用している薬( )
- ・ 麻痺    なし・あり    部位 ( )
- ・ 吐気・嘔吐    なし・あり    ・気管切開    なし・あり
- ・ 褥瘡    なし・あり    部位 ( )    マット使用    あり・なし(エアマット、体圧分散、その他)
- ・ 精神的症状    なし・あり 【うつ・不眠・不安・傾眠・その他( )】
- ・ 酸素吸入    なし・あり 【カニューレ・マスク・リザーバー( ℓ/分)】

○●ご記入ありがとうございました。このシートは事前面接の前日までに FAX をお願い致します。●○

済生会飯塚嘉穂病院 地域医療連携室 直通 FAX 0948-22-3859