

＜患者様状態確認書＞

平素より格別のご高配を賜り、誠にありがとうございます。

この度転院のご相談をいただいております患者様の状況につきまして、情報の提供をお願いいたします。

ご提供いただきました情報(診療情報提供書とこちらの患者様状態確認書)に基づき、入院相談の受付・調整をいたします。

ご記入者は医師・看護師どなたでも構いませんので、どうぞよろしくお願いいたします。

ふりがな		年齢 () 歳	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名	様		
ふりがな		電話番号 ()	
ご家族 連絡先	様		
	続柄	電話に出られる時間帯など配慮事項 ()	
医療処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引(1日 回程度) <input type="checkbox"/> 酸素(ℓ/分) <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 点滴() <input type="checkbox"/> 間けつ導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> ペースメーカー		
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他()) <input type="checkbox"/> 不明		
意識障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (JCS:)		
麻痺	<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他(部位:)		
病棟での 移動手段	<input type="checkbox"/> 杖なし <input type="checkbox"/> 杖あり <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー 詳細 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助)		
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 提供量 (kcal) 嚥下 (<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり)		
排 泄	日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PWC <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 詳細 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助) 夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PWC <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 詳細 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助)		
睡 眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良(不良の原因:) 眠剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常用(薬品名:) <input type="checkbox"/> いびき <input type="checkbox"/> 寝言 (詳細:)		
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 性格変化 <input type="checkbox"/> 夜間不穏 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 迷惑行為 その他()		
その他	抑制 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	転倒・転落をしたことがある	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
問題点 (対人関係、 性格、家族 状況、褥瘡 など)			

日南市立中部病院 地域医療科 医療相談室 宛

FAX

0987-21-4722

記入日:	年	月	日
医療機関名			
職種:	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他()		
ご氏名:			

※ご記入ありがとうございました。記載内容等のお問い合わせは、日南市立中部病院 入院相談窓口『地域医療科 医療相談室』
【直通TEL 0987-27-1174】または【代表TEL 0987-27-1111】にて承っております。

第10版 改訂版