

患者情報提供用紙(1)

初回相談用

津軽地域ケアネットワーク共通様式

記入日 年 月 日

紹介元	
担当医師	(科)
連携窓口担当者	
TEL - -	FAX - -



紹介先	
紹介目的	
連携窓口担当者	様
TEL - -	FAX - -

患者様	ふりがな氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日	年 月 日	
	住所					感 染 症	HB抗原(+-未) HCV(+-未)		
	TEL	-	-				ワ氏(+-未)		
	キーパーソン	(続柄:)					MRSA(+-未) 検出部位()		
	連絡先					計測	身長	cm	体重
傷病名	(発症日・手術日: 年 月 日)								
		(入院日: 年 月 日)							
既往歴									

現在行っている医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴管理 () <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (回/日) <input type="checkbox"/> 酸素 (ℓ/分) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻) <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 透析(血液・腹膜) <input type="checkbox"/> ドレーン () <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> インスリン () <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 疼痛処置 ()	
機能障害	<input type="checkbox"/> 麻痺(右・左) <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 半側無視 () <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 視力障害(右・左・失明) <input type="checkbox"/> 聴覚障害(聾・難聴) <input type="checkbox"/> その他 ()	
意識レベル	<input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> JCS () 特記:	
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
要介護認定	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 更新中 <input type="checkbox"/> 未申請	
居宅・包括	(介護支援専門員:)	
障害者手帳	身障・愛護・精神 (種 級 障害名:) <input type="checkbox"/> なし	
日常生活	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(杖・押し車・歩行器・車椅子・ストレッチャー・)
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(トイレ・ポータブルトイレ・おむつ・カテーテル留置)
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(トイレ・ポータブルトイレ・おむつ) 最終排便: /
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 経口介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 ()
		<input type="checkbox"/> 普通食 () <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 制限食 ()
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ()
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可(シャワー・清拭・その他:)
	服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ()
	夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不穏(状態等:)
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 困難 () <input type="checkbox"/> その他 ()
認知症状	記憶障害(物忘れ) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 見当識障害(時間・場所) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
精神症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他 ()	
退院先の方向性	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他 ()	
療養上の留意事項	(体内金属、輸血歴、褥瘡部位、身体拘束、エアマット、患者・家族の意向、病状説明状況など)	

患者情報提供用紙(2)

入院時用

津軽地域ケアネットワーク共通様式

記入日

年 月 日

所 属 情報提供者 TEL - - FAX - -	➔	紹 介 先 連携窓口担当者 TEL - - FAX - -
---------------------------------	---	-------------------------------------

患者様	ふりがな 氏 名	性 別 男・女	年 齢 歳	生 年 月 日	年 月 日
医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他()				<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
経済状況	<input type="checkbox"/> ()年金受給 <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> その他()				
生活状況	生活歴/家庭での役割/家族の状況等			<家族構成図>	
キーパーソン	① 様(続柄:)		TEL	- -	
	同居の有無: <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		特記:		
	② 様(続柄:)		TEL	- -	
	同居の有無: <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		特記:		

主治医	病院名:	診療科:	医師名:
処方薬	参照: <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 薬剤情報用紙		
他機関受診	病院名:	処方薬:	
	病院名:	処方薬:	
健康歴	アレルギー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ()	アルコール /日	たばこ 本/日

サービス利用状況	サービス内容	事業所	回数	サービス内容	事業所	回数
		<input type="checkbox"/> 訪問介護			<input type="checkbox"/> 訪問入浴	
	<input type="checkbox"/> 訪問看護			<input type="checkbox"/> 訪問リハ		
	<input type="checkbox"/> 訪問診療			<input type="checkbox"/> 通所介護		
	<input type="checkbox"/> 通所リハ			<input type="checkbox"/> 短期入所		
	<input type="checkbox"/> 配食サービス			<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> 福祉用具:					
	<input type="checkbox"/> 住宅改修:					

介護保険要介護認定	有効期間	年	月	日	~	年	月	日
居 宅 ・ 包 括				介護支援専門員				
T E L	- -			F A X	- -			

特記事項	
------	--

患者情報提供用紙(3)

退院時用

津軽地域ケアネットワーク共通様式

記入日 年 月 日

入院年月日	年 月 日	退院年月日	年 月 日
-------	-------	-------	-------

患者様	ふりがな氏名	性別	男・女	年齢	生年	年 月 日	
	住所				感 染 症	HB抗原(+・-・未) HCV(+・-・未)	
	TEL	- -				ワ氏(+・-・未)	
	キーパーソン	(続柄:)				MRSA(+・-・未) 検出部位()	
	連絡先				計測	身長	cm 体重 kg (月 日)
傷病名	(発症日: 年 月 日)						
既往歴						<退院後の通院先> ① ② ③	
入院中の経過							
処方薬							

現在行っている医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴管理() <input type="checkbox"/> 喀痰吸引(回/日) <input type="checkbox"/> 酸素(ℓ/分) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻) <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 透析(血液・腹膜) <input type="checkbox"/> ドレーン() <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> インスリン() <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 疼痛処置()						
機能障害	<input type="checkbox"/> 麻痺(右・左) <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 半側無視() <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 視力障害(右・左・失明) <input type="checkbox"/> 聴覚障害(聾・難聴) <input type="checkbox"/> その他()						
意識レベル	<input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> JCS() 特記:						
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2						
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M						
要介護認定	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 更新中 <input type="checkbox"/> 未申請						
居宅・包括	(介護支援専門員:)						
障害者手帳	身障・愛護・精神(種 級 障害名:) <input type="checkbox"/> なし						
日常生活	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(杖・押し車・歩行器・車椅子・ストレッチャー・)					
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(トイレ・ポータブルトイレ・おむつ・カテーテル留置)					
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(トイレ・ポータブルトイレ・おむつ) 最終排便: /					
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 経口介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養()					
		<input type="checkbox"/> 普通食() <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 制限食()					
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()					
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可(シャワー・清拭・その他:)					
	服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()					
	夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不穏(状態等:)					
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 困難() <input type="checkbox"/> その他()					
認知症状	記憶障害(物忘れ) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			見当識障害(時間・場所) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
精神症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他()						
療養上の留意事項	(体内金属、輸血歴、褥瘡部位、身体拘束、エアマットなど)						

医療機関名	(病棟)	主治医:	記載者:
-------	-------	------	------