

患者連絡票

紹介元医療機関		担当者		電話番号	
紹介患者	氏名：	生年月日	明・大・平・昭 年 月 日(歳)		
	住所：	電話番号			
医療保険	国保 ・ 社保 ・ 後期高齢 ・ 生活保護	現在ご入院されている病棟：			
	公費(重度医療 ・ 原爆 ・ その他：)	入院通算日数	日 (年 月 日現在)		
主病名					
リハビリ有 ・ 無	対象疾患				
	診療報酬における発症日		算定しているリハビリ		
医療処置	点滴管理 ・ 経管栄養 ・ 中心静脈栄養 ・ 喀痰吸引(回数 /日) ・ 気管切開の処置 疼痛看護 ・ レスピレーター管理 ・ インシュリン自己注(可・不可) ・ ストマの処置(尿/便) 褥創の処置(部位：) ・ 透析(HD/CAPD) ・ その他()				
感染症	HBs(+ ・ -) HCV(+ ・ -) MRSA(+ ・ -)(検出部位：) その他()				
身体の状況	身体欠損(部位：) ・ 筋力低下(部位：) ・ 皮膚疾患(部位：) 関節拘縮(部位：) ・ 麻痺(完全・不全・四肢・上肢・下肢)失調,不随意運動(部位)				
食事	自立 ・ 一部介助(セッティング・見守り) ・ 全介助 ・ 経管栄養(経鼻 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻) ・ 治療食() 食事の種類(普通食・粥食・ミキサー食・流動食・軟食・きざみ食・ペースト食・ゼリー食)				
排泄状況	自立 ・ 尿便器(自立 ・ 一部介助 ・ 全介助) ・ ポータブルトイレ(自立 ・ 一部介助・全介助) オムツ(常時 ・ 夜間) ・ バルン留置 ・ その他()				
移動	独歩 ・ 一部介助(つかまれば可) ・ 全介助 補助具(車椅子 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ ストレッチャー) ・ その他()				
保 清	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 入浴(一般浴 ・ 機械浴 ・ 清拭 ・ シャワー浴)				
更 衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助				
コミュニケーション	完全に通じる ・ ある程度通じる ・ ほとんど通じない コミュニケーションの手段()				
口腔の状態	義歯 ・ 部分義歯 ・ 自歯 咀嚼(可 / 不可) 嚥下(可 / 不可) 歯磨き(可 / 不可) 喀痰(可 / 不可)				
薬の服用	自立 ・ 一部介助(セッティング / 見守り) ・ 全介助				
寝 返 り	自立 ・ 一部介助(つかまれば可) ・ 全介助 体位交換(要 / 不要)				
起き上がり	自立 ・ 一部介助(つかまれば可) ・ 全介助				
座位保持	自立 ・ 一部介助(つかまれば可) ・ 全介助				
立ち上がり	自立 ・ 一部介助(つかまれば可) ・ 全介助				
短期記憶	問題 (+ ・ -) HDS-R /30	認知能力	自立 ・ いくらか困難 ・ 判断できない		
問題行為 (+ ・ -) ※あれば必ず記入 してください。	幻視、幻聴 ・ 昼夜逆転 ・ 介護への抵抗 ・ 徘徊 ・ 暴言、暴行 ・ 妄想 異食行動 ・ 火の不始末 ・ 不潔行為 ・ 性的問題行動 ・ その他()				
備考：					