

患者紹介用紙

病院名：

記載者：

記載日：

年 月 日

患者氏名		生年月日			年	月	日	(歳)	性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
病名		発症日			年	月	日	身長	cm	体重	kg
心身機能	意識障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	意識レベル：JCS							
	高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 空間無視 具体的な症状：							
	認知症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	症状：							
	問題行動	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 離棟 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> その他 () 具体的な状態： 夜間の状態：							
	行動制限	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 体幹抑制 <input type="checkbox"/> 四肢抑制							
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢							
	言語障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症							
	視覚障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 全く見えない (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 大きな字や明暗はわかる (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)							
	聴覚障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 全く聞こえない (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 大きな声又は補聴器 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)							
	排泄障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 腎瘻・膀胱瘻等 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル							
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	部位： 状態： 処置方法：							
感染症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	感染症名：								
治療処置	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> カニューレ種類 () <input type="checkbox"/> 吸引 (回/日) <input type="checkbox"/> 酸素療法 (安静時 ℓ 労作時 ℓ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 鼻管 <input type="checkbox"/> 胃瘻) Cal <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 Cal <input type="checkbox"/> 減塩食 g <input type="checkbox"/> 腎臓食 <input type="checkbox"/> インスリン 回/日 (自己注射 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> 血糖測定 回/日 (自己測定 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> その他								
基本動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	家族構成 (図)	キーパーソン ()					
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
	座位	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
	立位	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
ADL	食事 (経口)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 普通菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> とろみ (<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い)	摂取量 割					
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	座位保持： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可						
	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行						
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 機械浴						
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
	排便管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ						
排尿管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿							
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 (<input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> うなずき <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 不可 ナースコール <input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない										
社会保険	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 後期・前期高齢者 <input type="checkbox"/> 自賠責 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 特定疾患										
介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 要支援 () 要介護 () ケアマネージャー										
身障手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 種 級										
住宅環境	<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 階 所有形態 <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家										
備考											