

# 入院・転院患者情報用紙

御相談いただいた、患者様の入院情報を、下記の項目チェックでお知らせください

\*この情報用紙は、診療情報提供書とともに返信お願い致します。

\*最新の血液データ、画像データも提供頂けると(FAX 又は郵送)幸いです。

\*ベッド調整の都合で、急な転院を御案内することもありますのでご了承をお願いします。

ふりがな 氏名  【入院・転院の説明と理解】  <input type="checkbox"/> 緩和ケアに関するご本人・ご家族の希望として、救命の可能性がない場合、心肺蘇生を行わないことに関してのご承諾( あり ・ なし )  <input type="checkbox"/> その他、緩和ケアの理解や受け止めなどで気になること( )  <input type="checkbox"/> 現在入院中の病室 個室 多床室( 人 ) トイレ (有 ・ 無)  <input type="checkbox"/> 病室希望 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2 床室  <input type="checkbox"/> 継続中の患者ケア・申し送り事項 *看護サマリーへの記載をお願いします。  <input type="checkbox"/> 最終胸部 CT 撮影日( 年 月 日 ) コロナ肺炎像( あり ・ なし ・ わからない ) 診療情報提供書または、CT 読影用紙へのコロナ肺炎の否定の記載をお願いいたします。	患者情報 記入日 年 月 日
	<移動> <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 自力立位可能 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 独歩
	<栄養> <input type="checkbox"/> 経管栄養(PEG・PTEG・胃チューブ) <input type="checkbox"/> CV カテーテル <input type="checkbox"/> 経口摂取( <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 自力)
	<排泄> <input type="checkbox"/> ベッド上介助 <input type="checkbox"/> 介助でトイレ <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 自力
	<使用している医療器具> <input type="checkbox"/> 酸素 加圧( )ℓ マスク( )ℓ <input type="checkbox"/> サクション <input type="checkbox"/> シリンジポンプ <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> 電動ベッド <input type="checkbox"/> CV ポート 機種番号: (グローション・オープンエンド) 最終フラッシュ日( )
	<コミュニケーション> 難聴 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 視覚障害 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 発声障害 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	<意識> 見当識障害: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 せん妄 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 睡眠障害 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 認知症 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	要介護認定 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 【結果】 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援: 1 2 <input type="checkbox"/> 要介護: 1 2 3 4 5