

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。	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">患者情報</td> <td style="text-align: center;">記入日</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><移動></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ベッド上</td> <td><input type="checkbox"/> 車椅子</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 自力立位可能</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 歩行器使用</td> <td><input type="checkbox"/> 杖使用</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 独歩</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><栄養></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> 経管栄養(PEG・PTEG・胃チューブ)</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> CV カテーテル</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> 経口摂取(<input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 自力)</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><排泄></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> ベッド上介助</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 介助でトイレ</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> バルーンカテーテル</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> ストマ</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> ポータブルトイレ</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 自力</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><使用している医療器具></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 酸素 加圧()ℓ</td> <td colspan="3">マスク()ℓ</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> サクション</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> シリンジポンプ</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 輸液ポンプ</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> エアマット</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 電動ベッド</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> CV ポート</td> <td colspan="3">機種番号:</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="3">(グローション・オープンエンド)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="3">最終フラッシュ日()</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><コミュニケーション></td> </tr> <tr> <td colspan="2">難聴</td> <td colspan="3">: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td colspan="2">視覚障害</td> <td colspan="3">: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td colspan="2">発声障害</td> <td colspan="3">: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><意識></td> </tr> <tr> <td colspan="2">見当識障害</td> <td colspan="3">: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td colspan="2">せん妄</td> <td colspan="3">: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td colspan="2">睡眠障害</td> <td colspan="3">: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td colspan="2">認知症</td> <td colspan="3">: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td colspan="5">要介護認定</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未</td> </tr> <tr> <td colspan="2">【結果】</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援: 1 2</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 要介護: 1 2 3 4 5</td> </tr> </table>	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		
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																																																																																																																																																																				