

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添付をお願いします(看護サマリーがある場合はこの用紙は不要です)。

*※については、確認できる資料を添付してください。

例:診断に係る病理報告書、埋入物等は設置の日時、部位、種類等がわかるもの

ふりがな 氏名 【診断日】※ 【入院・転院の説明と理解】 ☐ その他、緩和ケアの理解や受け止めなどで気になること() ☐ 延命処置(救命時の心肺蘇生、人工呼吸器の使用等)を行わないことに関してのご承諾 (☐ あり ☐ なし) → ありの場合はどなたに説明されていますか() ☐ 病室希望 ☐ 多床室(4~6名、無料) ☐ 個室 ☐ 2床室 有料個室の希望() 円程度) ☐ 継続中の患者ケア・申し送り事項 ☐ ご家族背景 キーパーソン(続柄) 以下にファミリーツリーを記載ください	患者情報 記入日 年 月 日 <移動> ☐ ストレッチャー ☐ 車椅子 ☐ 自力立位可能 ☐ 歩行器使用 ☐ 杖使用 ☐ 独歩 <栄養> ☐ 経管栄養(PEG・PTEG・胃チューブ)※ ☐ 静脈栄養(CV ポート・CVC・PICC)※ ☐ 経口摂取(☐ 介助 ☐ 自力) <排泄> ☐ ベッド上介助 ☐ 介助でトイレ ☐ バルーンカテーテル ☐ ストマ()※ ☐ ポータブルトイレ ☐ おむつ ☐ 自力 ☐ その他(例:腎臓・透析あり) <使用している医療器具> ☐ 酸素 カヌー()ℓ マスク()ℓ ☐ サクション ☐ シリンジポンプ ☐ 輸液ポンプ ☐ エアマット(種類) ☐ センサー類() <コミュニケーション>()内に詳細・対応記載 聴覚障害 : ☐ 無 ☐ 有() 視覚障害 : ☐ 無 ☐ 有() 言語障害 : ☐ 無 ☐ 有() <意識> 見当識障害: ☐ 無 ☐ 有 せん妄 : ☐ 無 ☐ 有 睡眠障害 : ☐ 無 ☐ 有 認知症 : ☐ 無 ☐ 有 <その他の埋入物>※ 例:ペースメーカー 要介護認定 ☐ 済 ☐ 未(申請中・未申請) 【結果】☐ 非該当 ☐ 要支援: 1・2 ☐ 要介護: 1・2・3・4・5 ※ケアマネ・訪問看護 ST 情報など添付してください
--	---

FAX : (011)817-5130

TEL: (011)817-5120 (東札幌病院地域連携室) (011)812-2311 (代表)