

回復期入院相談情報シート

(宮崎病院 連携室直通FAX:0957-25-7053)

年 月 日 現在

記載者 _____

病 院 名		病棟	診療科	パス	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
主 病 名		発症日			
手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	術式	手術日			
他 病 名		主治医			
患者氏名	(フリガナ) 様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日		歳
患者住所			電話番号		

褥 瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位()	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
感 染 症	<input type="checkbox"/> MRSA (排菌歴有:部位)	<input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> その他
障 害	【上肢】 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 【下肢】 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 () <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 (具体的に:)	
認 知 症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 問題行動 (具体的に:)	
安全対策	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (具体的に:)	
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 備考()	
移 動	<input type="checkbox"/> 歩行(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 車椅子(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 歩行器 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> その他	
食 事	<input type="checkbox"/> 自立(<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン) <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> IVH 備考()	NST介入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	形態 【主食】 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 二度炊き <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 () 【副食】 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 二度炊き <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ()	
排 泄	<input type="checkbox"/> トイレ(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> ポータブル(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル	
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (<input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭)	

保険証の種類	<input type="checkbox"/> 国保(本・家) <input type="checkbox"/> 社保(本・家) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 公費負担 ()
介護保険	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 済 (<input type="checkbox"/> 支援1 <input type="checkbox"/> 支援2 <input type="checkbox"/> 要介1 <input type="checkbox"/> 要介2 <input type="checkbox"/> 要介3 <input type="checkbox"/> 要介4 <input type="checkbox"/> 要介5)
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種 級)
希望病室	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり(<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 同室) ※満床時、一時的個室又は同室 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
同居者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (続柄:)備考 ()
入院中トラブル	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 備考 ()
退院後の方向性	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他 ()

※その他患者さんの情報等ございましたら、ご記入お願いします。