

ふるかわ医院 患者情報シート (医療機関・介護関係者用)

地域医療室 MSW行

FAX: 072-737-6111

(TEL: 072-722-0109)

記載日 年 月 日 記載者氏名

フリガナ _____		生年月日 (T・S・H) 年 月 日		
名前 _____		年齢 ()才 性別 (男・女)		
〒 (-)				
住所 _____				
電話番号 () - () - ()				
健康保険 (後期高齢 割・国保 割・社保 割・難病・重度障害・生保・労災)				
介護保険 (なし・あり〈要支援・要介護〉・変更申請中・新規申請中)				
身体障害者 (なし・あり〈 級〉)				
医療情報	病名 _____			
	既往歴 _____			
情報	家族歴 _____			
	医療行為	<input type="checkbox"/> NGT <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 尿カテ <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 末梢点滴		
介護情報	日常生活自立度	自立・J・A・B・C	身長 _____ cm	
	認知度	自立・I・II・III・IV・M	体重 _____ kg	
	移動	(自立・見守り・一部介助・全介助)	利き腕 ()	
	食事	(自立・見守り・一部介助・全介助)	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 (なし・あり)	
	排泄	(自立・見守り・一部介助・全介助)	<input type="checkbox"/> 視力低下 (なし・あり)	
	入浴	(自立・見守り・一部介助・全介助)	<input type="checkbox"/> 難聴 (なし・あり)	
	コミュニ	(とれる・ときどきとれる・ほとんどとれない・とれない)		
	麻痺	(なし・あり〈 <input type="checkbox"/> 右上肢・ <input type="checkbox"/> 左上肢・ <input type="checkbox"/> 右下肢・ <input type="checkbox"/> 左下肢〉)		
	訪問看護	(なし・あり〈事業所: _____ 〉)		
	ヘルパー	(なし・あり〈事業所: _____ 〉)		
デイサービス	(なし・あり〈事業所: _____ 〉)			
デイケア	(なし・あり〈事業所: _____ 〉)			
訪問リハ	(なし・あり〈事業所: _____ 〉)			
レンタル用具	(なし・あり〈物品: _____ 〉)			
ケアマネージャー	(なし・あり〈事業所 _____ 氏名 _____ 〉)			
今までのかかりつけ医:		今後の受診予定 (なし・あり〈 / 〉)		
現在の状況 (在宅・入院中〈病院: _____ 〉)				
退院予定日 年 月 日		カンファレンス開催予定 (なし・あり)		

※本書の記載可能な欄にご記入の上、FAXしてください。確認の上で、ご連絡差し上げます。

(072-722-0109) TEL: 072-722-0109 FAX: 072-737-6111 医療機関 患者情報シート