

患者連絡票

記載日 年 月 日

フリガナ		性別	男・女	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日(歳)
患者氏名								
経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PEJ <input type="checkbox"/> PTEG			バルーン留置	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし			
褥瘡	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし			喀痰吸引	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし			
麻痺・機能障害	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし							
※ありの場合	状況							
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難(伝達方法:)							
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 制限: <input type="checkbox"/> 有()・ <input type="checkbox"/> 無 摂取量: <input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 少量 形態: <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ムース			排泄	<input type="checkbox"/> 自立(<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ) <input type="checkbox"/> 一部介助(<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ) <input type="checkbox"/> 全介助(<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ)			
				清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
				移動・移乗	<input type="checkbox"/> 独歩(<input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 寝たきり			
				介護認定	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 ケアマネージャー 事業所 : _____ 担当者 : _____			
認知症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 症状 安全対策(体幹抑制等)			※ありの場合				
睡眠状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不眠(対応:)							
服用薬剤	※添付をお願いいたします。							
リハビリテーション	<input type="checkbox"/> あり(開始: 年 月 日)			<input type="checkbox"/> なし				
リハビリテーション 目標設定等支援・管理料	<input type="checkbox"/> あり(開始: 年 月 日)			<input type="checkbox"/> なし				
江刺病院退院後の希望	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()							
備考								

H30.4

記載者: 主治医 看護師 MSW その他()

記載者名: _____

岩手県立江刺病院

TEL 0197-35-2181

FAX 0197-48-2281(地域医療福祉連携室直通)