

患者紹介シート

(記入日: 年 月 日)

依頼者		TEL	
担当ケアマネジャー		TEL	
居宅介護支援事業所		FAX	

1 患者基本情報

氏名	年齢		歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	生年月日	T・S・H・R		年	月 日
住所 (住民票)	TEL				
住居	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設 ()			同居者	有 () 無
駐車場	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
キーパーソン①	氏名	年齢	歳	続柄	TEL
キーパーソン②	氏名	年齢	歳	続柄	TEL
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		禁忌薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
現在の生活状況	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 入院中	病院名 ()	診療科 ()	退院予定日 (年 月 日)
緊急度	<input type="checkbox"/> 早急 <input type="checkbox"/> 1~2週以内 <input type="checkbox"/> 退院後 <input type="checkbox"/> 状態安定				

2 身体・精神状態・ADL

主病名		既往歴		かかりつけ医	
医療処置	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> その他 ()				
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)			意思の伝達能力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
ADL	移動・移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 補助具使用 ()			
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ムセ (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) トロミ (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 形態 (<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input type="checkbox"/> ミキサー)			
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				

3 介護サービス

介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () 有効期間 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請				
介護サービス	例) ○○訪問看護ステーション 毎週月曜日10時~11時				
訪問看護・リハ	()				
訪問介護	()				
通所介護	()				
支援サービス	()				

4 訪問目的、患者・家族の希望

目的	<input type="checkbox"/> 看取り <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> 定期的医学的管理 <input type="checkbox"/> その他 ()				
本人の希望					
家族の希望					

5 その他特記事項

--



TEL : 0833-48-8878
FAX : 0833-48-8838

※赤字箇所は必須項目です。