

事前情報書（なゆたの森病院）

なゆたの森病院 入退院支援室 担当医 先生

紹介元医療機関名

担当

基本情報

- 患者名(イニシャル又は氏名) _____
- 生年月日 _____年 ____月 ____日 _____歳 男 女
- 住 所 _____
- キーパーソン 無 有 続柄 _____
- 保険種類 社保 国保 / (本人 家族)
前期高齢者 後期高齢者 / (患者負担 _____割)
生保 (CW _____)
公費: 乳 障 母 原 その他 _____
- 介護保険 無 有 (要支援 _____ 要介護 _____) 申請中 _____月 _____日頃)
- 医師からどのような説明を受けたか(本人・家族からの情報)、その他今後の希望等
 本人 (_____)
 家族 (_____)
 希望等 (_____)

家族構成

日常生活について 重複記入可 (その場合 1 が 主たるもの 2 が 補助的なもの)。その他は通信欄に記入。

- 食 事 (経口) 自立 一部介助 全介助 ※ 食欲 (あり・ なし)
 食事内容 飯 分粥 流動 きざみ その他 _____ 水分のみ 絶飲食
- 栄 養 経管栄養 (経鼻 胃ろう 腸ろう) 高カロリー輸液 (IVH CVポート)
- 麻 痺 無 有 (部位 _____)
- 排 泄 自立 一部介助 全介助 見守り
尿管留置 導尿 人工肛門 人工膀胱 尿器 P-トイレ ゴム便器 おむつ
- 移 動 歩行 杖歩行 歩行器 車椅子 ストレッチャー
- 移 乗 自立 一部介助 全介助 見守り
- 清 潔 自立 一部介助 全介助 見守り 入浴 シャワー浴 機械浴 清拭
- 意思疎通 問題無 問題有 (筆談 難聴 手話 認知症 せん妄 意識レベル低下)
 特記(_____)
- 問題行動 無 有 (認知症・せん妄・その他 _____)
 特記(_____)
- 疼 痛 無 有 部位(_____) 鎮痛薬使用 主に _____)
- 褥 瘡 無 有 部位(_____) マットの種類 _____)
- 処 置 無 有 (_____)
酸素 _____ L/分中 気管切開 (永久 一時的) 吸引頻度 1/ _____ 分・時間 吸入
- 薬 管 理 自立 ナース・家族等管理
- 感 染 症 無 有 (MRSA/部位・その他感染症 _____)

リハビリテーションについて

- 診断名 _____
- 診断日または手術日 _____年 ____月 ____日
- 算定区分 (脳・運・呼・心・廃・がん)
- 介入職種 (PT・OT・ST)
- 摂食機能療法の有無 有 (開始日: ____月 ____日) ・ 無

通信欄