

貴医療機関名： _____

御担当者： _____

原宿リハビリテーション病院

東京都渋谷区神宮前6-26-1

TEL:(03)3486-1225

FAX:(03)3486-1226

年 月 日

医療連携室 情報シート

氏名	家族構成		男 女	生年月日	年	月	日
				M T S H	(歳)		
住所	.....		健康 保険	後高	国保	社保	割
電話	(本人)	.....		( 低I・低II・現I・現II・現III)			
	(KP)	.....	( ア・イ・ウ・エ・オ)				
キーパーソン	名前	続柄	介護 保険	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 更新中			
疾患名			退院先 希望	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 検討中			
診断日	年	月	日	廃用 症候群	主疾患診断日： 月 日		
二次性骨折予防 継続管理料1	あり	なし			廃用症候群診断日： 月 日		
既往歴	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 心疾患 () <input type="checkbox"/> 脳卒中 () <input type="checkbox"/> 整形疾患 () <input type="checkbox"/> その他：						
感染症	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> ESBL 検出検体 (<input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 創部 <input type="checkbox"/> その他：)			<input type="checkbox"/> HB抗原 <input type="checkbox"/> HB抗体 <input type="checkbox"/> HCV抗体 <input type="checkbox"/> W氏			
意識レベル	JCS： <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III		認知 機能	認知症： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし Nsコール： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし			
麻痺レベル	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢) <input type="checkbox"/> なし		安全 対策	安全対策： <input type="checkbox"/> 四点柵 <input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 車いすベルト <input type="checkbox"/> 抑制帯			
医療処置	<input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 酸素 ()・在宅酸素(一時・継続) <input type="checkbox"/> 吸引 (/日) <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> インスリン(固定・スケール) <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> コルセット						
食事	主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 副食： <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 一 口 大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー 動作： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 嚥下： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 悪い						
移動	手段： <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 移乗状況： <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	場所： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 失禁： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし						
部屋希望	大部屋・個室			備考			
グループ病院 申込み	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他回復期病院 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 蒲田 <input type="checkbox"/> 赤羽 <input type="checkbox"/> 小金井 <input type="checkbox"/> 江東 <input type="checkbox"/> 五反田 <input type="checkbox"/> 東京品川						

FAX:(03)3486-1226
へ送信いただきます様お願いいたします。

(誤送信にはご注意ください。)