

岐阜地域統一 患者基本情報提供書

記入日 平成 年 月 日

情報提供者	()病院 担当者() 電話() - 内線() 主治医() Dr) Fax() -	
フリガナ	生年 M・T 性別 男・女 S・H	住所
患者氏名	年 月 日 歳	電話番号() -
診断名	地域連携パス適応(あり・なし)	
経過	既往歴	
発症年月日	年 月 日	リハビリ病名:
入院年月日	年 月 日	開始日: 年 月 日
手術年月日	年 月 日(術式)	リハビリ内容: 理学・作業・言語・摂食嚥下
継続が必要な医学管理	<input type="checkbox"/> 補液(<input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 末梢)	残存する障害:
	<input type="checkbox"/> 吸痰(頻度 回/日・時間) <input type="checkbox"/> 酸素 ℓ	麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位:)
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開	言語 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒(<input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症)
	<input type="checkbox"/> インスリン() <input type="checkbox"/> 血糖チェック 回/日	高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/> 輸血() <input type="checkbox"/> 透析(血液・CAPD)	感染症 MRSA <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位) その他(HBV・HCV・)
<input type="checkbox"/> 褥瘡(部位:)(サイズ:) 処置内容()(程度: I II III IV)	今後も必要な他科受診	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 頻度:(科 回/週)
<input type="checkbox"/> その他()	認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	その他:()
日常生活自立度 (自立 J-1 J-2 A-1 A-2 B-1 B-2 C-1 C-2)	認知症判定表 (正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M)	
意識状態(JCS) (0<意識障害なし> I-1・2・3 II-1・2・3 III-1・2・3)	ADL	
ADL	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事内容(常食・粥・刻み・とろみ・特別食< >)	
	経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻カテ <input type="checkbox"/> その他< >)濃厚流動食種類()	
	排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 膀胱留置バルンカテーテル)	
	移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー)	
	清潔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭)	
※「一部介助」には「見守り」「声かけ」が必要な場合も含まれます		
家族構成 ※患者の家族構成を図示して下さい 患者は○(女性)、□(男性)で示す	保険種別	
○ — □	1. 健康保険(高齢・後期高齢・国保・組合・全国健保)	
	2. 自賠・労災 3. 生保 4. 重度医療	
	障害者(児)手帳 <input type="checkbox"/> 有(身体・療育・精神) <input type="checkbox"/> 無(申請中・申請予定)	
	()級 障がい名()	
	特定疾患 (疾患名:)	
キーパーソン氏名: 続柄()	介護保険 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定あり	
	要支援() 要介護() 期限: 年 月 日	
	居宅介護支 援事業所名 () 担当者: ()	
転院目的 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> その他()	転院後の方向性 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()	
本人の考える方向性:	医療者が想定する方向性:	
家族の考える方向性:		
備考 * 処方内容は診療情報提供書などを参照下さい * 病室の希望があれば記載下さい * 経済面についてもわかれば記載下さい		
<input type="checkbox"/> 情報提供にあたっては患者・家族の同意を得てあります(/)		