

患者情報提供書

提供先:

記載日 平成 年 月 日

フリガナ 氏名		性別		職業	
				生年月日	
住所				電話	
情報提供の目的 <input type="checkbox"/> 在宅サービス利用 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 転院					
疾患名				主治医:	
既往歴				家族構成	
				介護度:	
				主介護者	続柄:
				キーパーソン	続柄:
かかりつけ医	医療機関名			第① 連絡先	氏名:
					電話:
	医師氏名			第② 連絡先	氏名:
					電話:
担当ケアマネ		氏名:		事業所:	
		連絡先:			
経過要約 退院サマリー	入院期間:		~		
				医療上の注意事項・継続される看護問題	
病状の理解	本人				家族
障害高齢者の生活自立度 <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 認知高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					

意思疎通		意思疎通方法:
認知障害		困っている事:
視力障害		生活上の注意点:
聴力障害		生活上の注意点:
食事	食事摂取	義歯
	主食:	治療食 ()
	おかず:	
	その他(補助食器、禁忌など):	
	経管栄養:	/ 最終交換日: 年 月 日
使用栄養剤	× 、 白湯 ×	
排泄	排泄	最終排便日: 年 月 日
	方法	その他
	着用	
	状態	尿: 尿意 失禁 便: 便意 失禁
	薬剤使用	内容:
ストマ	膀胱留置カテーテル ()Fr	最終交換日: 年 月 日
入浴		最終入浴日: 年 月 日
移動	起居	座位
	起立	移乗
	歩行	補助具:
	拘縮・麻痺	部位:
睡眠		眠剤: 薬名:
服薬管理		
	内服方法:	※ 薬の内容は添付書類参照
皮膚疾患	白癬 褥瘡 その他	
	部位:	処置方法:
医療処置	吸引	()
	在宅酸素	(安静時 L 体動時 L)
	インスリン	()
	その他	()
備考	最終バイタル	体温 °C 脈 回 血圧 / SPO2 %

医療機関名:

記載者:

担当医:

⑩