

# 【患者紹介連絡票】

御中

紹介元医療機関名

フリガナ		性別	生年月日	年齢	身長	体重
患者氏名			年 月 日	歳	cm	kg
住 所						
世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族同居 ( 人 →構成: <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
キーパーソン	氏名 ( ) 続柄 ( ) TEL ( ) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居					
◆川バリ 情報	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST 算定区分 ( )				
		・起算日 年 月 日 ・リハ開始日 年 月 日				
		・目標設定等支援・管理料 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月 日				
◆医療処置	点滴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> CVポート 薬液名 ( ) <input type="checkbox"/> 末梢点滴 薬液名 ( )				
	透析	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 HD ( ) <input type="checkbox"/> CAPD				
	酸素療法	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 L <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 メーカー・管理設定 ( )				
	気管切開 の処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 カニューレ種類 ( ) ・処置内容 ( )				
	喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 回数 回/1日				
	ストマック	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 尿 ・交換頻度 中 日 ( )				
	褥瘡処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・部位 ( <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> 仙骨 <input type="checkbox"/> 腸骨 <input type="checkbox"/> 踵 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 転子部 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ・大きさ ( cm× cm) ・マットの種類 ( ) ・DESIGN-R2020 ( ) ・褥瘡処置方法/頻度 ( )				
◆身体状況	<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS ) <input type="checkbox"/> 認知障害 (日常生活自立度 <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) <input type="checkbox"/> 筋力低下 ( <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 ) <input type="checkbox"/> 知覚障害 ( <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 痛覚 <input type="checkbox"/> 味覚 <input type="checkbox"/> 臭覚 ) <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 浮腫 ( <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 上肢 ) <input type="checkbox"/> 拘縮 ( <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 上肢 )					
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・Br.stage ( R上肢 _____ L上肢 _____ R下肢 _____ L下肢 _____ )				
◆A D L (入院中)	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 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器/便器 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿				
	移動	<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"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり				
	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				
	寝たきり度	<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				
	口腔ケア	<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 ・食事形態 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー ソフト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 食道瘻 ) 回/1日 栄養剤/注入液 ( ) <input type="checkbox"/> アレルギー ( )					
	◆療養上の 問 題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力・攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ・抑制 《 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> ベッド柵 <input type="checkbox"/> 体動センサー <input type="checkbox"/> 抑制帯 ( <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 体幹 ) 》			
睡眠 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不眠 →対応 ( )						
感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →内容 ( )						
◆社会保障 制度等の 情 報	介護認定・ 障害支援区分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法訓練等給付利用 ・区分 (支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 障害 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6) <input type="checkbox"/> 認定日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日 ・事業者名 _____ ・担当者名 _____				
		障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 種類 ( )				
		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 未定 ( )				
◆今後の 方向性	施設申込状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				
	次回受診日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 科: 月 日 ) ( 科: 月 日 )				
	備 考	※特記事項等を記載してください。				

◆保険情報、内服薬は添付別紙を参照のこと

作成月日:

担当看護師:

退院支援担当:

2021年6月作成