

半田中央病院 在宅医療センター 患者様情報シート

記入日 年 月 日 在宅 入院中

患者氏名	(フリガナ) 様	(性別)	(生年月日)	(主治医)
	男女		年 月 日 (歳)	科 先生
住所	〒	電話		病棟
緊急連絡先	① (続柄)	TEL	(家族構成)	
	② (続柄)	TEL		
	③ (続柄)	TEL		
(診断名)(発症日)				キーパーソン () → 仕事…無・有()
既往歴・通院歴		●告知(ターミナルの方において)		
●内服情報については資料添付をお願い致します●		本人へ: 未告知 () 済み(内容:) 家族へ(続柄:): 未告知 () 済み 理解: 良好 () 問題有り(下記)		
療 処 置	点滴	無・有()		
	注射	無・有()		
	インシュリン	無・有()		
	気管切開	無・有(Fr)	酸素	無・有(L/分)
	ネブライザー	無・有	業者:	
	喀痰吸引	無・有	導尿	無・有(回/日)
	経管栄養・胃ろう	無・有(造設日:)	点眼	無・有()
	ペースメーカー	無・有	褥瘡	無・有
	人工肛門	無・有		
	留置カテーテル	無・有(Fr)		
(感染症)	無・有(MRSA: 鼻・痰・尿) (HCV その他)	(ADL)	寝返り	自立・一部介助・全介助
(アレルギー)	() 薬 無・有() 食物 無・有() その他 無・有()	起き上がり	自立・一部介助・全介助	夜間
保険の種類	社保(割) 国保(割) 後期高齢(割) ・生活保護	座位保持	自立・一部介助・全介助	良眠・不眠 薬の使用(有・無)
限度額証	無・有(区分:)	立ち上がり	自立・一部介助・全介助	日中
年金の状況	国民年金 厚生年金 共済年金 高齢 障害 遺族	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助	覚醒・傾眠 過ごし方()
介護保険	未 申請中 更新中 区変中 要支() 要介() 負担割合()割	移動の手段	独歩・杖・歩行器・シルバーカー 車椅子・ストレッチャー・その他()	(その他)
ケアマネジャー	無 ・ 調整中 事業所() 氏名() TEL FAX	着替え	自立・一部介助・全介助	コミュニケーション
訪問看護ステーション	事業所() TEL FAX	洗面・整髪	自立・一部介助・全介助	伝達
		(食事)	義歯 無・有(部分・全部) 形態 () トロミ(有・無) 介助 自立・一部介助・全介助 介助者 ST・Ns・家族 姿勢 椅子・車椅子・ベット上 (排泄)	意思 確認
		尿 尿意	無・有 失禁(無・有・時々)	言葉・ジェスチャー・描画・書字・指差し
		場所	トイレ・P・トイレ・オムツ・カテーテル	書字・指差し
		便 便意	無・有 失禁(無・有・時々)	言葉・ジェスチャー・描画・書字・指差し
		場所	トイレ・P・トイレ・オムツ	聴力
		処置	浣腸・摘便・下剤()	正常・やや不自由・不自由
				視力
				正常・やや不自由・不自由
				(医療機関入退院日)
				(入院日) (退院日【予定】)
				~ 月 日頃
				紹介元機関名:
				担当者職種:
				氏名
				連絡先 () -

●FAX送信先: 0569 - 84 - 2237

TEL: 0569 - 84 - 2230

※診療情報提供書・内服情報・血液検査データと合わせて情報提供をお願い致します。

半田中央病院 在宅医療センター

日頃お世話になっております。

お手数ではありますが、スムーズな連携を図る上で、下記の使用デバイスについて分かる範囲で結構ですので書き込んで頂き、FAXして頂けると助かります。

在庫確認・手配に使用させていただきます。

半田中央病院 在宅医療センター

電話番号：0569-84-2230

FAX番号：0569-84-2237

表デバイス情報シート

1. 薬剤情報

	現在の使用内容	退院後の使用内容
輸液内容について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 混注： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
<input type="checkbox"/> 別途添付情報あり		
麻薬について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
<input type="checkbox"/> 別途添付情報あり		

2. 医療機材情報

① TPN

留置方法	<input type="checkbox"/> 皮下埋込式型 <input type="checkbox"/> その他()
投与方法	
ポンプ使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(カフティーポンプ) <input type="checkbox"/> その他()
輸液ライン	交換頻度： <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> () 回/週
ヒューバー針	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(ニプロコアレスニードルセット) <input type="checkbox"/> その他() () G () mm
エンチョウチューブ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
側管(3方活栓)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

② 点滴 注射

留置方法	<input type="checkbox"/> 抜き差し <input type="checkbox"/> 持続
針	<input type="checkbox"/> 翼状針() G <input type="checkbox"/> 留置(イントロカンセーフティー) () G
ロック	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(生食20CC)

③ 酸素

使用方法	<input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 状況に応じて(安静時： 動作時：)
使用量	() L

