半田中央病院 地域包括ケア病棟

半田中央病院 地域包括ケア病棟申込書(情報シート)

日 記入 年 月 紹介元医療機関の所在地及び名称

半田中央病院 宛

住所: 〒475-0017

半田市有脇町13-101

TEL: 0569-20-2208 (回復期連携室) FAX: 0569-20-2209 (回復期連携室) 医療機関名: 住所: 〒 TEL: FAX:

※かかりつけ医からの診療情報提供書と本状を一緒にFAXお願いいたします

	りがな 皆氏名											
当院	入院歴	□なし		あり (<u> </u>	年 月	日~	日	間)			
当院	退院後	の希望	自宅	二方	拖設 ()	迷ってし	いる	
レスパイト	入院希望	望の理由	:									
1 .	入院希望	望期間	:	年	月	日~	年		月	日		
家族	構成:											
緊急	時連絡	先 :										
連絡	先①	氏名:				歳			電話:			
		続柄: 連絡可能	時間等(□同居	□別居	居住地()	携帯電話	:)	
その	他の連	絡先										
連絡	先②	氏名:				歳			電話:			
		続柄:		□司居	□別居	居住地()	携帯電話	:		
		連絡可能	時間等()	
連絡	先③	氏名:				歳			電話:			
		続柄:		□司居	□別居	居住地()	携帯電話	:		
		連絡可能	時間等()	
診	断名	□診療情	青報提供書	雪参照								

	□診療情報提供書							
現病歴								
既往歴								
病名:			年齢:	歳				
病院名・主流	台医 :							
内容:								
病名:			年齢:	歳				
病院名・主流	台医 :							
内容:								
病名:			年齢:	歳				
病院名・主流	台医 :							
内容:								
病名:			年齢:	歳				
病院名・主流	台医 :							
内容:								
次回受診予 (あれば記入	·約 、)							
社会保障制	度利用状況 :							
□要支援	□要介護	□障害者手帳	級	種 (□身体 □精神 □療育)				
□申請中	(申請日	 調査日) そ	<u>ー</u> の他 (
サービス、福祉用具:								
ケアプラン作成事業所:								
かかりつけ薬局: □お薬手帳あり								
訪問看護ステーション:								
心身の	心身の状態:							
 使用し	ていたもの:							

	□杖	□シルバーカー、手押し車 □車いす □その他 ()						
今	趣味・『	··嗜好:							
Ιŧ									
での	日課:								
状									
況	職業歴								
	飲酒:	□なし							
	М/Д .	□あり(種類: 1日量:)							
	n+n.læ .	□なし 禁煙()年前							
	喫煙:	□あり()本 / () 年間							
	住居:	□戸建て □集合住宅 □その他 ()							
	手すり	: □なし □あり (^{場所})							
住	改修:	□なし □あり (^{場所})							
住環境									
		□ベッド □布団							
		□洋式トイレ □和式トイレ							
		□ 気管切開 □人工呼吸器 □点滴 □経鼻栄養 □胃ろう □腸瘻							
		□ 中心静脈栄養 (□ポート □鎖骨下 □内頸 □鼠径)							
	療行為	│ □ 褥瘡処置(部位:) □痰吸引 (昼間 回/夜間 回)						
医		□ ドレーン管理 □ □ E 二ター管理 □ 酸素(流量: ℓ/min) (□ □ 在宅酸:	素)						
1 1	***************************************		`						
		┃□ 抗がん剤 (□ロコ注射 □地考注射 □フケール))						
,,,,		□ インスリン (□自己注射 □他者注射 □スケール))						
<u>,= ,</u>)						
	 直以外の	□ インスリン (□自己注射 □他者注射 □スケール) □ 腹膜透析 □胸水穿刺 □腹水穿刺 □PTGBD □ その他())						
- 褥物		□ インスリン (□自己注射 □他者注射 □スケール)□ 腹膜透析 □胸水穿刺 □腹水穿刺 □PTGBD)						
~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~	<b></b> 意以外の に 膚異常	□ インスリン ( □自己注射 □他者注射 □スケール )         □ 腹膜透析 □胸水穿刺 □腹水穿刺 □PTGBD         □ その他( )         □ なし □あり ( )         □ 歩行 ( □自立 □見守り □杖 □歩行器具:	)						
- 褥物	<b></b> 意以外の に 膚異常	□ インスリン ( □自己注射 □他者注射 □スケール )         □ 腹膜透析 □胸水穿刺 □腹水穿刺 □PTGBD         □ その他( )         □ なし □あり ( □カ □見守り □杖 □歩行器具:         □ 車いす ( □自走 □一部介助 □全介助 )	)						
~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~	<b></b> 意以外の に 膚異常	□ インスリン ( □自己注射 □他者注射 □スケール )       腹膜透析 □胸水穿刺 □PTGBD         □ その他( )       )         □ なし □あり ( □あり ( □自立 □見守り □杖 □歩行器具:       車いす ( □自走 □一部介助 □全介助 )         □ 床上(マットレスの種類 )       )	)						
· 存货 · 人	意以外の 膚異常 動	□ インスリン(□自己注射 □他者注射 □スケール) 腹膜透析 □胸水穿刺 □PTGBD □ その他() □ なし □あり (□あり (□ 歩行器具: □ 車いす (□自走 □一部介助 □全介助) □本斤(マットレスの種類) □ 中: □自立 □オムツ □ポータブルトイレ □尿器 □尿カテーテル)						
~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~	意以外の 膚異常 動	□ インスリン ( □自己注射 □他者注射 □スケール )       腹膜透析 □胸水穿刺 □PTGBD         □ その他( )       )         □ なし □あり ( □あり ( □自立 □見守り □杖 □歩行器具:       車いす ( □自走 □一部介助 □全介助 )         □ 床上(マットレスの種類 )       )	)						
· 存货 · 人	意以外の 膚異常 動	□ インスリン(□自己注射 □他者注射 □スケール )         腹膜透析 □胸水穿刺 □ PTGBD □ その他( )         □ なし □あり ( □あり ( □ 歩行器具: □ 事いす ( □自走 □一部介助 □全介助 )       □ 歩行 □自走 □一部介助 □全介助 )         □ 床上(マットレスの種類 )       □ オムツ □ポータブルトイレ □尿器 □尿カテーテル 夜間: □自立 □オムツ □ポータブルトイレ □尿器 □尿カテーテル	)						
· 存货 · 人	意以外の 膚異常 動 動	□ インスリン(□自己注射 □他者注射 □スケール )         腹膜透析 □胸水穿刺 □ PTGBD □ その他( )         □ なし □あり ( □あり □を行器具: □申いす (□自走 □一部介助 □全介助 )         上令介助 )         □ 床上(マットレスの種類 )         日中: □自立 □オムツ □ポータブルトイレ □尿器 □尿カテーテル 夜間: □自立 □オムツ □ポータブルトイレ □尿器 □尿カテーテル □人工肛門 □膀胱ろう	)						
褥皮   材   フ	意以外の に に 事動 単 浴	□ インスリン ( □自己注射 □他者注射 □スケール )       腹膜透析 □胸水穿刺 □PTGBD □ その他( )         □ なし □あり ( )       )         □ 歩行 ( □自立 □見守り □杖 □歩行器具: □中部介助 □全介助 )       □申いす ( □自走 □一部介助 □全介助 )         □ 床上(マットレスの種類 )       )         日中: □自立 □オムツ □ポータブルトイレ □尿器 □尿カテーテル 夜間: □自立 □オムツ □ポータブルトイレ □尿器 □尿カテーテル □人工肛門 □膀胱ろう □排便コントロール ( □浣腸 □薬剤の使用( □一般浴 □機械浴 □シャワ-浴 □青拭 ( □自立 □一部介助 □全介助) □ 嚥下障害あり □嚥下障害なし	)						
· 梅皮 · 科	意以外の に に 事動 単 浴	□ インスリン(□自己注射 □他者注射 □スケール )       譲膜透析 □胸水穿刺 □腹水穿刺 □PTGBD         □ その他( )       )         □なし □あり ( )       )         □ 歩行 ( □自立 □見守り □杖 □歩行器具: □申いす ( □自走 □一部介助 □全介助 )       □ 上のの種類 )         □ 中: □自立 □オムツ □ポータブルトイレ □尿器 □尿カテーテル 夜間: □自立 □オムツ □ポータブルトイレ □尿器 □尿カテーテル □人工肛門 □膀胱ろう □排便コントロール ( □浣腸 □薬剤の使用( □一般浴 □機械浴 □シャワ-浴 □清拭 ( □自立 □一部介助 □全介助)         □ 嚥下障害あり □嚥下障害なし □経付取( □自立 □見守り □一部介助 □全介助)	)						
褥皮   材   フ	意以外の に に 事動 単 浴	□ インスリン(□自己注射 □他者注射 □スケール )       腹膜透析 □胸水穿刺 □PTGBD         □ その他(       )         □ なし □あり (       」         □ 歩行 (□自立 □見守り □杖 □歩行器具: □申いす (□自走 □一部介助 □全介助 )       □ 申・□申・□申・□申・□申・□申・□申・□申・□申・□申・□申・□申・□申・□申							
褥皮   材   フ	意以外の に に 事動 単 浴	□ インスリン(□自己注射 □他者注射 □スケール )       譲膜透析 □胸水穿刺 □PTGBD         □ その他( )       )         □ なし □あり ( )       )         □ 歩行 ( □自立 □見守り □杖 □歩行器具: □申いす ( □自走 □一部介助 □全介助 )       □ 申いす ( □自走 □一部介助 □全介助 )         □ 床上(マットレスの種類 )       )         日中: □自立 □オムツ □ポータブルトイレ □尿器 □尿カテーテル 夜間: □自立 □オムツ □ポータブルトイレ □尿器 □尿カテーテル □人工肛門 □膀胱ろう □排便コントロール ( □浣腸 □薬剤の使用( □ー般浴 □機械浴 □シャワー浴 □清拭 ( □自立 □一部介助 □全介助) □ 嚥下障害あり □嚥下障害なし □経口摂取 ( □自立 □見守り □一部介助 □全介助) □食事形態( □自立 □見守り □一部介助 □全介助) □食事形態( □とろみあり(水分のみ) □食事にとろみあり □食事形態( □とろみあり(水分のみ) □食事にとろみあり □							
	意以外の に に 事動 単 浴	□ インスリン(□自己注射 □他者注射 □スケール )       )         □ 腹膜透析 □胸水穿刺 □腹水穿刺 □PTGBD □       ○         □ なし □あり ( )       )         □ 歩行 ( □自立 □見守り □杖 □歩行器具: □申ルす ( □自走 □一部介助 □全介助 )       □ 上のの種類 )         □ 中: □自立 □オムツ □ポータブルトイレ □尿器 □尿カテーテルで間: □自立 □オムツ □ポータブルトイレ □尿器 □尿カテーテル □人工肛門 □膀胱ろう □排便コントロール ( □浣腸 □薬剤の使用( □一般浴 □機械浴 □沙ヤワー浴 □清拭 ( □自立 □一部介助 □全介助)         □ 嚥下障害なし □経口摂取 ( □自立 □見守り □一部介助 □全介助) □ 陰事にとろみあり □ 食事形態( ) □とろみあり(水分のみ) □食事にとろみあり □ 言語障害(失語) □認知機能障害 (HDS-R 点 MMSE 点 高次脳機能障害(FAB )							
	意 は かん	□ インスリン ( □自己注射 □他者注射 □スケール ) □ 腹膜透析 □胸水穿刺 □腹水穿刺 □PTGBD □ その他( ) □なし □あり ( ) □歩行 ( □自立 □見守り □杖 □歩行器具: □車いす ( □自走 □一部介助 □全介助 ) □ 床上(マットレスの種類 ) 日中: □自立 □オムツ □ポータブルトイレ □尿器 □尿カテーテル 夜間: □自立 □オムツ □ポータブルトイレ □尿器 □尿カテーテル ○人工肛門 □膀胱ろう □排便コントロール ( □浣腸 □薬剤の使用( □一般浴 □機械浴 □シャワ-浴 □青拭 ( □自立 □一部介助 □全介助) □ 嚥下障害なり □嚥下障害なし □経口摂取 ( □自立 □見守り □一部介助 □全介助) □食事形態( ) □とろみあり(水分のみ) □食事にとろみあり □言語障害(失語) □認知機能障害 (HDS-R 点 MMSE 点 高次脳機能障害(FAB ) □問題行動あり( □大声 □危険行動 □徘徊・離院 )							
	意 は かん	□ インスリン(□自己注射 □他者注射 □スケール )       )         □ 腹膜透析 □胸水穿刺 □腹水穿刺 □PTGBD □       ○         □ なし □あり ( )       )         □ 歩行 ( □自立 □見守り □杖 □歩行器具: □申ルす ( □自走 □一部介助 □全介助 )       □ 上のの種類 )         □ 中: □自立 □オムツ □ポータブルトイレ □尿器 □尿カテーテルで間: □自立 □オムツ □ポータブルトイレ □尿器 □尿カテーテル □人工肛門 □膀胱ろう □排便コントロール ( □浣腸 □薬剤の使用( □一般浴 □機械浴 □沙ヤワー浴 □清拭 ( □自立 □一部介助 □全介助)         □ 嚥下障害なし □経口摂取 ( □自立 □見守り □一部介助 □全介助) □ 陰事にとろみあり □ 食事形態( ) □とろみあり(水分のみ) □食事にとろみあり □ 言語障害(失語) □認知機能障害 (HDS-R 点 MMSE 点 高次脳機能障害(FAB )							

入れ歯	□なし	□あり	部位(			)	
インフルエンザ 予防接種	□なし	□済	(時期:		)	□当院で希望	□希望なし
その他の 予防接種	□なし	□済	(種類:			時期:	)
感染症	□なし	□あり	( □Hb	□HCV		PHA □その他:	)
アレルギー	□なし	□あり	( □薬	□食物 内	容:		)
経済状況	□生活保	護 □非	課税世帯	□その他 (			)
入院セット	□希望す	る <u></u>	望しない	□迷っている	వ		
その他 特記事項							

※お分かりになる範囲でご記入ください ご記入いただいた個人情報は、当院の診療以外の目的で使用することはありません

FAX:0569-20-2209(回復期連携室)