

## 地域包括ケア病棟専用 診療情報提供書

ふりがな 患者氏名		生年月日	明・大・昭・平成 年 月 日 ( 歳)
住所		電話番号	
かかりつけ医			
主病名			
入院希望の理由			
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (種別と施設名 )		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 食事の内容 ( ) <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし <input type="checkbox"/> 胃ろう		
排泄	<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"/> フォーレカテーテル <input type="checkbox"/> その他 ( )		
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態 (褥瘡マット使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 車いす乗車可能 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
精神状態など	<input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input checked="" type="checkbox"/> 認知症なし		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室 (1日 3,000 円)		
そのほか			
要介護認定または障害区分	<input type="checkbox"/> 要支援 1 <input type="checkbox"/> 要支援 2 <input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 要介護 2 <input type="checkbox"/> 要介護 3 <input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5		
ケアマネジャーの有無 (事業所名)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		

送信元：