

患者情報提供書

年 月 日

紹介元医療機関名：

電話：

記載者：

(職種：)

患者氏名	様 (男・女)	生年月日 (M・T・S・H)	年 月 日 (歳)	
日常生活	移動	1、自立 2、一部介助 3、全介助 4、ベッド上生活 (寝返り：可・不可) 杖 歩行器 車いす 他 ()		
	食事	1、自立 2、一部介助 3、全介助 摂取量 () ※制限食の有無・食事形態・摂取カロリー () ※栄養チューブの使用 (有・無) ↳ 有の場合：経鼻・胃ろう・その他 () 栄養剤： ()		
	排泄	1、自立 2、一部介助 3、全介助 (オムツ使用：有・無、バルーン留置：有・無) トイレ ポータブルトイレ 尿器 紙パンツ 他 ()		
	入浴	1、自立 2、一部介助 3、全介助 備考 ()		
	更衣	1、自立 2、一部介助 4、全介助 備考 ()		
	身体機能	運動麻痺	1、右 (上肢・下肢) 2、左 (上肢・下肢) 3、無 備考 ()	
知覚鈍麻		1、右 (上肢・下肢) 2、左 (上肢・下肢) 3、無 備考 ()		
言語障害		1、全失語 2、運動性失語 3、感覚性失語 4、構音障害 5、無 備考 ()		
嚥下障害		1、有 2、無 備考 ()		
特別な処置	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 吸引 (頻度 回/日) <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()			
褥瘡	1、無 2、有 (部位・程度：) 処置内容：) ※除圧マット 1、無 2、有 (体圧分散マット・エアーマット・その他)			
コミュニケーション	1、可 2、困難 (言語障害 視力低下 聴力障害 その他) 備考 ()			
認知症	1、軽度 2、中等度 3、高度 4、無 周辺症状 無・有 ()			
	※不穏・せん妄 1、無 2、有 (程度及び抑制の有無：)			
リハビリ実施状況	訓練開始日： 月 日 リハビリ内容：			
備考	今後の方向性等			