

# 紹介・診療情報提供書(地域包括ケア病棟用)

令和 年 月 日

全国土木建築国民健康保険組合  
総合病院 厚生中央病院  
〒153-8581 東京都目黒区三田1-11-7  
TEL : 03-3713-2141 FAX : 03-3713-8021  
地域包括ケア病棟 担当者 宛

〒  
所在地  
-----  
名称  
-----  
電話番号 FAX番号  
-----  
医師氏名 印  
-----

フリガナ 患者氏名	
患者住所	
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳) 男 ・ 女
電話番号	(緊急連絡先 : (続柄 ) )

現 病 歴 及び 既 往 歴	
入院目的	<input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 退院調整 ( <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設決定 <input type="checkbox"/> 施設未決定 ) <input type="checkbox"/> レスパイト (約 日間) <input type="checkbox"/> その他 ( ) (原則的に他科受診や特殊な処置、検査目的の入院はご遠慮頂いております)
臨床経過	(貴院作成の紹介状・サマリー等の添付でも可)
検査結果	直近の検査データがあれば添付をお願いします
現在の処方	直近の処方の一覧が分かる資料の添付をお願いします (カルテ、処方箋、薬の説明書等)
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 2人部屋 (7,560円/日) <input type="checkbox"/> 個室 (32,400円/日)

<p>医療処置・ケアの内容 (複数選択可)</p>	<p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> 点滴の管理 (<input type="checkbox"/>末梢持続 <input type="checkbox"/>末梢適宜 <input type="checkbox"/>中心静脈 <input type="checkbox"/>皮下注) (内容: _____ )</p> <p><input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/>胃瘻 <input type="checkbox"/>経鼻胃管) (内容: _____ )</p> <p><input type="checkbox"/> 酸素療法 ( _____ L/min) <input type="checkbox"/> 吸痰・吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマの処置</p> <p><input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 (部位: _____ )</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( _____ )</p>
<p>精神の状態 (複数選択可)</p>	<p>① 短期記憶 (<input type="checkbox"/>問題あり <input type="checkbox"/>問題なし) 意志決定能力 (<input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>いくらか困難 <input type="checkbox"/>見守りが必要 <input type="checkbox"/>判断不可) 意思伝達能力 (コミュニケーション) (<input type="checkbox"/>伝えられる <input type="checkbox"/>いくらか困難 <input type="checkbox"/>限定的 <input type="checkbox"/>伝達不可)</p> <p>② 問題行動 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/>妄想 <input type="checkbox"/>昼夜逆転 (夜間不眠) <input type="checkbox"/>不潔行為 <input type="checkbox"/>暴言 <input type="checkbox"/>暴行 <input type="checkbox"/>介護への抵抗 <input type="checkbox"/>徘徊</p> <p>③ 精神・神経症状 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>抑うつ傾向 <input type="checkbox"/>躁傾向 <input type="checkbox"/>痙攣 (抗痙攣薬の内服 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無)</p>
<p>身体の状態</p>	<p>身長 ( _____ c m) 体重 ( _____ k g) この数ヶ月の体重変化 <input type="checkbox"/>増加 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>減少</p> <p><input type="checkbox"/> 麻痺 (部位: _____) <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重 <input type="checkbox"/> 拘縮 (部位: _____) <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p> <p>食事 (<input type="checkbox"/>全自立 <input type="checkbox"/>見守りで自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 <input type="checkbox"/>経管栄養) 洗面 (<input type="checkbox"/>全自立 <input type="checkbox"/>見守りで自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 ) 更衣 (<input type="checkbox"/>全自立 <input type="checkbox"/>見守りで自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 ) 排泄 (<input type="checkbox"/>全自立 <input type="checkbox"/>見守りで自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 ) 入浴 (<input type="checkbox"/>全自立 <input type="checkbox"/>見守りで自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 <input type="checkbox"/>清拭) 移動 (<input type="checkbox"/>全自立歩行 <input type="checkbox"/>杖などを使用し自立歩行 <input type="checkbox"/>常時介助・見守り歩行 <input type="checkbox"/>車いす (<input type="checkbox"/>自分で移動 <input type="checkbox"/>他人が使用) <input type="checkbox"/>歩行不可)</p>
<p>介入している 行政・福祉 サービス等 (複数選択可)</p>	<p><input type="checkbox"/>要支援 (1・2) <input type="checkbox"/>要介護 (1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/>申請中 <input type="checkbox"/>未申請</p> <p><input type="checkbox"/>訪問診療 (頻度; _____) <input type="checkbox"/>訪問看護 (頻度; _____)</p> <p><input type="checkbox"/>訪問介護 (頻度; _____) <input type="checkbox"/>訪問リハビリテーション (頻度; _____)</p> <p><input type="checkbox"/>デイサービス (頻度; _____) <input type="checkbox"/>ショートステイ</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ( _____ )</p>
<p>同居者 (複数選択可)</p>	<p><input type="checkbox"/>独居 (<input type="checkbox"/>血縁者なしまたは疎遠 <input type="checkbox"/>血縁者あり; <input type="checkbox"/>都内 <input type="checkbox"/>都外 )</p> <p><input type="checkbox"/>夫または妻 <input type="checkbox"/>子供またはその配偶者 <input type="checkbox"/>孫またはその配偶者</p> <p><input type="checkbox"/>上記以外の親族 ( _____ )</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ( _____ )</p>
<p>主たる介護者 (複数選択可)</p>	<p><input type="checkbox"/>夫または妻 <input type="checkbox"/>子供またはその配偶者 <input type="checkbox"/>孫またはその配偶者</p> <p><input type="checkbox"/>左記以外の親族 ( _____ )</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ( _____ )</p>
<p>※ 入院/転院に際しての家族・本人への説明内容・今後の方針、家族・本人の希望 (以下にご記入下さい)</p>	
<p> </p>	