|  |  |
| --- | --- |
|  | 平成　　年　　月　　日 |
| 連携医療機関名 |  | 〒 |  |
| 住所 |  |
| 施設名　 |  |
|  | 先生侍史 |  | 電話 |  |
| FAX |  |
|  |  | 医師名 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **日 付** | **連携元施設名** | **連携元医師名** |  | **連携先施設名** | **連携先医師名** |
|  |  | 印 | ⇒ |  |  |
|  |  | 印 | ⇒ |  |  |
|  |  | 印 | ⇒ |  |  |

|  |
| --- |
| **患 者 基 本 情 報** |
| ｶﾝｼﾞｬｼﾒｲ |  |  |
| 患者氏名 |  | 生年月日 |  |  |
| 年齢 | 　　　　　　　　歳 | 性別 |  |
| 患者住所 |  |
| 電話番号 |  |

|  |
| --- |
| **キーパーソン　その他情報** |
| キーパーソン |  | 続柄 |  |
| 電話番号 |  |
| 住所等 |  |
| かかりつけ医 |  | 訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ |  |
| 医療処置 | [ ]  酸素療法　　　[ ] ＩＶＨ | 介護保険 | [ ]  有　　　　[ ]  無 |
| [ ]  吸引　　[ ] 吸入　[ ] 人工肛門 | 介護度 |  |
| [ ]  創処置　[ ] その他（　　　　　） | ケアマネージャー |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＡＤＬ状況(変更時は斜線を引き変更になった項目に✓を付ける) | 移　動 | [ ]  自立　　　[ ]  杖　　　[ ]  シルバーカー　　　[ ]  車いす |
| 食　事 | [ ]  経口自立　　　　[ ]  経管　　　　[ ]  胃瘻 |
| 入　浴 | [ ]  自立　　　[ ]  要介助 |
| 排　泄 | [ ]  自立　　　[ ]  要介助 |
| 更　衣 | [ ]  自立　　　[ ]  要介助 |
| 整　容 | [ ]  自立　　　[ ]  要介助 |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | [ ]  ランクＪ　　[ ]  ランクＡ　　　[ ]  ランクＢ　　　[ ]  ランクＣ |
| コミュニケーション状況 | [ ]  伝えられる　　　[ ]  具体的要求に限る　　　[ ]  伝えられない |
| 備考欄 |  |

　患者氏名（　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 傷病名 |  |
| 既往歴 |  |
| 症状・治療経過および検査結果 |
|  |
| 現在の処方内容 |
|  |
| 今後予測される症状 |
|  |
| 往診時の注意点 |
|  |