|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 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 | |
|  | |