

診療情報提供書(そのII)

平成 年 月 日

病院名

住所・電話

担当MSW:

診療科名

連絡担当者:

電話連絡 (要・否)

(当院から連絡する方)

連絡先

(内線)

医師名

※ 病名、発症日、現病歴、合併症、既往歴、感染、投薬など詳細については、
貴院所定の診療情報提供書に記載してください。

フリガナ 患者氏名		性別	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 (歳)
		男・女					
住 所	〒				電 話		
職 業		個室希望	【 有 無 】	当院受診歴	【 有 無 】		

主な異常値	身体所見 (麻痺の部位、程度など)	脳の画像所見								
		<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">MMT 又は Br Stage</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">上肢</td> <td style="width: 50px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">下肢</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">手指</td> <td></td> </tr> </table>	MMT 又は Br Stage		上肢		下肢		手指	
MMT 又は Br Stage										
上肢										
下肢										
手指										

看護上の問題点	【身長 cm、体重 kg】	転倒歴 【有 無】	行動制限【体幹 一部 無】
---------	---------------	-----------	---------------

該当するものを○で囲みます。

意識障害	【有 無】	褥 瘡	【有 無】	→ 有の場合：部位・大きさ ()	
精神障害	【有 無】	失 語 症	【有 無】	意欲低下	【有 無】
認知症	【有 無】	夜間不穏	【有 無】	徘徊	【有 無】
		記憶障害	【有 無】	その他	()

〈基本動作〉

寝 返 り	【自立 半介助 全介助】	移 乗 動 作	【自立 半介助 全介助】
起 き あ が り	【自立 半介助 全介助】	歩 行	【自立 介助 不可】
坐 位 保 持	【自立 半介助 全介助】	杖	【有 無】 装具 【有 無】
立 ち 上 が り	【自立 半介助 全介助】	車 椅 子 操 作	【自立 介助 不可】

〈ADL〉

食 事	【自立 半介助 全介助】	更 衣	【自立 半介助 全介助】
整 容	【自立 半介助 全介助】	ナースコールを押す	【可 不可】

〈排泄障害〉

尿意【有 無】 失禁【有 無】 便意【有 無】 失禁【有 無】 オムツ【有 無】
 排泄動作【トイレ ポータブルトイレ 尿器 留置カテ】 【自立 半介助 全介助】

〈コミュニケーション〉

話す 【可能 困難 不可】 聞く(理解) 【可能 困難 不可】

〈嚥下障害〉

嚥 下 障 害 【有 無】 →有の場合の栄養法【経口・経鼻・PEG・IVH・その他 _____】

リハビリテーション施行【有 無】 → 有の場合【理学療法 作業療法 言語療法】	
↓ 有の場合：リハビリテーションの現状と目標	患者様・ご家族の希望など

同居家族【有 無】 →有の場合家族構成 ()
キーパーソン (氏名: _____ 続柄: _____ 連絡先電話番号: _____)

病 院 ハ 使 用 リ 欄	受け日	. .	入院日	. .	主治医	
	担当医	可・否	病棟名	4N/4S/5F/6F	重症度	
		. .	MSW		連絡	