

宮崎江南病院 医療連携室宛

紹介元医療機関名

宮崎江南病院 医療連携室

担当者

TEL 0985-52-4004

情報提供書（一般用）

FAX 0985-51-1479

氏名	生年月日： 年 月 日生			年齢： 歳	性別：(男・女)
到着日時	20 年 月 日 時 分頃到着				
来院時移動手段	<input type="checkbox"/> 自家用車（家族送迎） <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 救急車				
部屋希望	<input type="checkbox"/> 特室（7,700 円/日） <input type="checkbox"/> 個室（5,500 円/日） <input type="checkbox"/> 大部屋（無料）				
来院時同伴者	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 家族（関係： ）				
身体状態	身長	cm	体重	kg	
	食事形態	主食： 副食：		付加食：	制限：
	食事介助	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> セッティングのみ		嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	排泄介助	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ベッド上排泄		<input type="checkbox"/> おむつ使用	
	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子		<input type="checkbox"/> ストレッチャー	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖
ベッド条件	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 体圧分散マット（エアマット以外） <input type="checkbox"/> エアマット				
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位： ）				
医療処置	末梢点滴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位（ ） <input type="checkbox"/> 生食・へパロック <input type="checkbox"/> 持続 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> シリンジポンプ			
	中心静脈カテーテル等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位（ ） <input type="checkbox"/> 生食・へパロック <input type="checkbox"/> 持続 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> シリンジポンプ			
	カテーテル等	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 腎瘻（左・右） <input type="checkbox"/> 人工肛門（部位： ） <input type="checkbox"/> ドレーン（部位： ）（左・右） <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻・経腸・胃瘻・その他（ ）） <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 非侵襲的人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 酸素（ L/分） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	認知機能	<input type="checkbox"/> 意識清明 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他			
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）				
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）				
透析	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 月水金/W <input type="checkbox"/> 火木土/W シェント（左・右） その他（ ）				
介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> サービス利用（有・無） <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 要支援（1・2） <input type="checkbox"/> 要介護（1・2・3・）				
	目標設定等支援・管理料 <input type="checkbox"/> 算定あり（算定日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 算定なし				
備考	特記事項がありましたらご記入をお願い致します				

お薬・インスリン等ありましたら術前休止薬の確認もありますので、早めに情報提供をお願いいたします。