

【 転院調整時 患者様状態確認書 】

ふりがな		
患者氏名	様	年齢()歳 性別(男・女) 身長()cm/体重()kg
ご家族	様(続柄:)	電話番号:
医療処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 吸引(1日 回程度) <input type="checkbox"/> モニター <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 褥創 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 注射() <input type="checkbox"/> 間歇導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他()	
感染症	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> HCV抗体 <input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明	
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能	
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能	
意思疎通	<input type="checkbox"/> 伝達できる <input type="checkbox"/> ときどき伝達できる <input type="checkbox"/> ほとんど伝達できない <input type="checkbox"/> できない	
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行(杖なし) <input type="checkbox"/> 歩行(杖有り) <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
食形態	食種() kcal/日) 摂取量(割) とろみ(□なし□あり)	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 失禁(無・時々・有)	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良(原因:) 眠剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常用(薬品名:)	
認知機能	<input type="checkbox"/> 判断不能 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 低下なし <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 低下あり <input type="checkbox"/> 性格変化 <input type="checkbox"/> 夜間不穏 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 抑うつ その他()	
リハビリ	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> リハビリ起算日()	
内服管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 1日配薬 <input type="checkbox"/> 1回配薬 <input type="checkbox"/> 全介助	
危険行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 抑制: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり センサーマット: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
入院病棟	<input type="checkbox"/> 一般病棟 <input type="checkbox"/> 包括ケア病棟(入院日数: 日目) <input type="checkbox"/> その他()	
介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(申請中、要支援、要介護1・2・3・4・5) 担当ケアマネ()	
退院後の方向性	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設() <input type="checkbox"/> その他()	
特記事項		

※ご記入ありがとうございました。

記入日: 年 月 日

記入者: 医療機関名

職種 医師 看護師 その他()

氏名