

緩和ケア病棟紹介情報用紙

記載日：令和 年 月 日

紹介元病院名：	
担当者：	様 連絡先：

患者情報

氏名	様		
生年月日		既往歴	
年齢			
病名	診断日： 手術： 無 有		
機能障害	言語障害 ・ 聴力障害 ・ 視覚障害 ・ 嚥下障害 せん妄 ・ 認知機能低下 ・ 記憶障害 ・ 見当識障害 ・ 失語 ・ 構音障害 麻痺： なし ・ あり （ 左・右・両：上肢 左・右・両：下肢 ）		
感染症	B肝 ・ C肝 ・ 梅毒 ・ MRSA （ ） ・ その他		
医療行為	医療用麻薬： 投与量： mg/日 投与経路： 皮下 ・ CV ・ 内服 ・ 貼付 輸液： 皮下 ・ 末梢 ・ CV ・ ポート インスリン： 朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 眠前 酸素： 経鼻 ・ マスク L/分 吸引： 回/日 褥瘡処置： なし ・ あり 部位： 使用薬剤：		

ADL関連情報

排泄	トイレ ・ ポータブル ・ 尿器 ・ オムツ ・ 留置カテーテル ・ その他 （ ）
食事	普通 ・ きざみ ・ 粥 ・ ペースト ・ 経管栄養（経鼻 ・ PEG） ・ 持ち込み
移動	歩行（杖 ・ サークル ・ シルバーカー）、車いす、ベッド
問題行動	不穏 ・ 徘徊 ・ 不潔行為 ・ 離院歴 ・ 転倒歴

基本情報

家族など KP	氏名	続柄	連絡先	居住地（市町村）
	① 様			
	② 様			
	特記事項：			
DNAR	確認中 ・ 相談中			
希望病床	無料のみ ・ 有料（有料 ・ 有料特別） ・ どの部屋でもよい			
保険	後期 割 ・ 国保 ・ 社保 ・ 組合 ・ 生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 自賠（保険自賠）			
介護保険	未申請（案内：未 ・ 済）		申請中（新規 ・ 区変 ・ 認調）	
	要支援 1 ・ 2		要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
CM・CW	担当者：	様	連絡先：	管轄：
入院前	自宅： 区（独居 ・ 日中独居 ・ 同居） マンション ・ アパート ・ 都営 ・ 一戸建て 施設（有料 ・ 特養 ・ 老健）			

備考

--