

診療情報提供書

横浜新都市脳神経外科病院

担当医 科 先生

平成 年 月 日

(紹介元医療機関の所在地及び名称・診療科)

(電話番号)

医師氏名

印

患者氏名		性別	男・女
患者住所 電話番号	電話 ()	職業	
		保険	国保・社保・その他
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)		

障害名	
原疾患	
既往歴 及び 家族歴	
症状・治療経過 及び 検査結果 (血液データ, 心電図, レントゲン所見等)	
(機能訓練の有無・具体的な内容は必ず記入してください)	
現在の状況	入院中 通院中 自宅療養中 (訪問看護 有・無) 意識障害 () 認知症 ()
医学的管理	経管栄養 (経鼻・胃瘻) 尿カテーテル 気管切開 点滴管理 (IVH・末梢) 内容 ()

服用薬	インスリン
感染症	MRSA (+ ・ -) 検査日 年 月 日 *検出部位は咽頭でお願いします ワ氏 TPHA (+ ・ -) 検査日 年 月 日 HBs (+ ・ -) 検査日 年 月 日 HCV (+ ・ -) 検査日 年 月 日 疥癬 (+ ・ -) 検査日 年 月 日
褥瘡	有 (大きさ :) ・ 無 部位 () クラス ()
介護保険	要介護 () 取得 年 月 日 ・ 申請中 ・ 未申請
身体障害者手帳	有 (級) ・ 申請中 ・ 無

患者・家族への説明の内容

原疾患に 関して	
障害に 関して	
家族構成	キーパーソン :
家屋に 関して	持ち家 借家 アパート・マンション その他 () 改造 : 可 不可 エレベータ : 有 無

入院目的 (具体的な目標を記入してください)

今後の方針 (当院の後の方向)

日常生活活動の詳細 (病棟または家にてしている活動について)	
移動	(独歩 杖・歩行器 車椅子)にて一人で移動できる できない 障害物にぶつかる 病室等覚えられず迷う 転倒の既往 身長() 体重() その他()
坐位	(何もなし 手すり 背もたれ等)で座っていられる できない 座って更衣ができる 30 秒間、座っているとふらつく その他()
移乗	(ベッド 車椅子 便座)に移ることが一人でできる できない 車椅子のブレーキのかけ忘れ できる時とできない時がある その他()
食事	(普通食 刻み食)を一人で食べられる 食べられない(全介助) その場合の介助に要する時間() 経管栄養 食べ残し(右・左) 口の中にどんどん詰め込む その他()
更衣	(上着 ズボン 靴)が一人でできる できない 服の左右・前後等の区別がつかない 着かたがだらしない その他()
排泄	(トイレ 集尿器 ポータブル)で一人で行う できない 尿便意がない おむつ使用 頻尿(回 / 1日) その他()
入浴	(一般浴 介助・機械浴)である できない
理解	(やや複雑な内容 簡単な日常会話)の理解ができる できない
表出	(話し言葉 文字 ジェスチャー)で要求を伝えられる できない
コミュニケーション	(視線を合わせる YES-NO 反応)ができる できない あいさつや声かけに応じられる(うなずきや表情の変化でも可)
その他	協調性の低下がある 易怒的である 状況判断が悪い 感情の失禁がある 記銘力の低下がある 注意散漫 見当識の低下がある 病識の低下がある 昼夜逆転 生活時間に沿って行動できない 多弁 徘徊 奇声、声だし、うなり声 オムツはずし