

紹介患者連絡票

記載年月日： 年 月 日

病院名： _____ 診療科： _____

患者氏名： _____ 様 男・女 生年月日： M・T・S 年 月 日 歳

診断名： _____ 発症日： _____ 年 月 日

併存疾患： _____ 医療区分： 1 ・ 2 ・ 3

リハビリテーション： 無 ・ 有 (_____ 年 月 日 起算日)

目標設定算定： 無 ・ 有 (算定日： _____ 年 月 日)

嚥下療法： 無 ・ 有 (_____ 年 月 日 開始)

リハビリ疾患名： _____ (※廃用の場合・その理由： _____)

意識障害： JCS (1 ・ 2 ・ 3 / 10 ・ 20 ・ 30 / 100 ・ 200 ・ 300)

コミュニケーション： 会話 ・ 筆談 ・ ジェスチャー ・ うなづき ・ 不可

寝たきり度： ランク J (1・2) A (1・2) B (1・2) C (1・2)

介護保険： 無 ・ 有 (要支援 要介護) 認定状況 (未申請 ・ 申請済 ・ 区分変更中)

認定調査： (未 ・ 済) 主治医意見書： (未 ・ 済)

食事： 主食： 普通 ・ 全粥 ・ ミキサー / 副食： 普通 ・ 刻み ・ 一口大カット ・ ミキサー

自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 / 絶食・制限：

摂取量： 全量 ・ 2/3 ・ 半量 ・ 少量 / 箸 ・ スプーン ・ フォーク

※ 経管栄養摂取方法： 胃瘻 ・ 経鼻 ・ 腸瘻 / 栄養剤 品名・回数・量等：

嚥下困難： 無 ・ 有 (原因： _____)

咀嚼： 問題無 ・ 問題有 (_____)

アレルギー： 無 ・ 有 (原因： _____)

移動： 独歩 ・ 杖使用 ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 車椅子 ・ リクライニング車椅子 ・ 寝たきり

自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助

移乗： 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助

排泄： トイレ(自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助) ・ Pトイレ(自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助)

リハビリパンツ ・ オムツ ・ 尿瓶 ・ 差し込み便器 ・ フォーレ

認知症： 無 ・ 有 (認知症高齢者の日常生活自立度： ランク I ・ II (a ・ b) III (a ・ b) IV ・ V)

問題行動： 被害的 ・ 作話 ・ 幻聴 ・ 幻覚 ・ 感情不安定 ・ 昼夜逆転 ・ 暴言 ・ 暴力 ・ 大声をだす ・ 徘徊 ・ 介護抵抗 ・

落ち着きがない ・ 目が離せない ・ 収集癖 ・ 不潔行為 ・ 異物飲食 ・ 性的迷惑行為

身体拘束： 無 ・ 有 ベッド柵 ・ 体幹部 ・ 四肢 ・ 座位固定 ・ ロンパース

褥瘡： 無 ・ 有 部位/大きさ(_____)

エアーマットの使用： 無 ・ 有

酸素： 無 ・ 有 酸素流量 (投与量) L

吸引： 無 ・ 有 (回数： _____)

感染症： 無 ・ 有 (_____)

備考：