

身体状況連絡票

平成 年 月 日

紹介先: 広島市立舟入市民病院 医療支援室	
TEL	082-232-6123
FAX	082-232-6125

紹介元医療機関	
所在地 医療機関名 担当者(相談員等)	
TEL	
FAX	

ふりがな

患者様基本情報 患者様氏名 (男・女)

生年月日 T・S・H 年 月 日 (歳)

病名

(1) 身体状況	①体温		②脈拍		③血圧	
	④酸素 無・有 ()		⑤血中酸素飽和度			
	⑥吸引 無・有 ()					
	⑦その他の状況					
(2) ADLの状況	食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 普通食 ・ 治療食() ・ 経鼻栄養 ・ 胃瘻 形態: 主食() 副食()				
	移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー)				
	排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 見守り 尿管留置 ・ 尿器 ・ ポータブルトイレ ・ 人工肛門 ・ 人工膀胱				
(3) 認知の有無	未確認 ・ 無 ・ 有 ※有の場合下記にもご記入願います。 (徘徊 ・ 不穏行動 ・ 転倒 ・ 独語 ・ 大声 ・ 暴言 ・ 暴力) (特記事項:)					
(4) 介護保険	申請(未 ・ 有 / 申請中) 要支援(1 ・ 2) / 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) ケアマネージャー(無 ・ 有 ())					
(5) 感染の有無 (MRSA・緑膿菌 他)	未確認 ・ 無 ・ 有 ()					
(6) 家族情報	キーパーソン () 来院時の介護者の有無 (無 ・ 有)					
(7) 来院方法	救急車 ・ 介護タクシー ・ 自家用車 ・ タクシー ・ 公共交通機関 ・ ()					

※ご記入いただいた個人情報、医療の提供の目的にのみ利用します