

みなとホームケアクリニック 情報連携シート

情報提供日: 年 月 日

貴院名:

ご担当者名:

ご連絡先:

フリガナ	性別	生年月日	年齢
患者氏名	男・女	M・T・S・H 年 月 日	
住所: 〒			
電話番号:			
医療保険	医療保険番号: 記号・番号:		有効期限:
	自己負担割合: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		
	限度額認定証: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
経済状況・助成など	<input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> その他()		
公費負担など	公費負担者番号:		割合: 割
	公費受給者番号:		有効期限:
	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 特定疾患() <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳()級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳		
介護保険	申請状況: 未申請・申請中・申請済み		認定日: 年 月 日
	要介護状態区分		有効期限: 年 月 日
	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
病名告知: 本人への告知 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり / ご家族への告知 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
予後告知: 本人への告知 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり / ご家族への告知 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
DNAR: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未			
家族背景: 独居・同居 (<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> その他)			
キーパーソン:		連絡先:	
ADL: 自立・一部介助・全介助			
退院(予定)日: 年 月 日・未定・在宅中			
カンファレンス開催: なし・あり(月 日)・未定			
訪問看護師: <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり(事業所名)			
CM: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(事業所名:) 担当者:			
急変時の受入確認: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病院名・施設名) 担当者:			
その他・特記事項			

医療情報

主病名:	
発症(診断)年月日: 年 月 日 ・ 不詳	
アレルギー: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
感染症: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
疼痛管理	<input type="checkbox"/> PCAポンプ (<input type="checkbox"/> 持続皮下注射 <input type="checkbox"/> 持続静注 <input type="checkbox"/> 硬膜外 <input type="checkbox"/> くも膜下)
中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> CVポート (<input type="checkbox"/> カフティーポンプ <input type="checkbox"/> キャリカ) <input type="checkbox"/> CVカテーテル
呼吸	<input type="checkbox"/> 酸素 (L/min) <input type="checkbox"/> 吸引器の使用あり <input type="checkbox"/> 気管カニューレ 最終交換日: 月 日 商品名: _____ サイズ: _____
排尿	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 商品名: _____ サイズ: _____ 最終交換日: 月 日
排便	<input type="checkbox"/> 人工肛門あり (必要物品:)
ドレーン	<input type="checkbox"/> PTCO <input type="checkbox"/> 胸腔ドレーン <input type="checkbox"/> PTEG <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他()
スキントラブル	<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置あり (必要物品:) <input type="checkbox"/> その他()
経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃瘻 (<input type="checkbox"/> バンパー <input type="checkbox"/> バルン) 商品名: サイズ: Fr ボタン型: cm <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 サイズ: Fr <input type="checkbox"/> 腸瘻 最終交換日: 月 日
その他・特記事項	

送信枚数: 枚

医療法人社団白愛会
みなとホームケアクリニック

FAX番号: 03-5859-0822