

医療機関名			担当者			電話番号				
<input type="checkbox"/> 急性期 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> 回リハ <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 在宅										
ふりがな				性別	生年月日 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平			身長	cm	
患者氏名				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年	月	日			
住所					電話番号				体重	kg
病名					入院日	年	月	日		
	手術日				年	月	日	発症日	年 月 日	
既往										
入院目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 在宅調整 <input type="checkbox"/> その他()									
医療行為状況	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引(頻度) <input type="checkbox"/> 酸素() <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位・サイズ)									
	<input type="checkbox"/> 透析(週 回 曜日) <input type="checkbox"/> インシュリン()									
同居家族	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 婿 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()									
キーパーソン					電話番号					
主介護者										
感染症	MRSA <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + (部位) <input type="checkbox"/> その他()									
麻痺状況	<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 失調 <input type="checkbox"/> 無									
機能障害	<input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> その他									
ADL	移動動作	病前	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上生活 <input type="checkbox"/> 全介助							
		現在	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 一部介助歩行 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 車椅子 (移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)							
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> エアマット使用 ()								
	ベッド起き上り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
	排泄	日中	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 車椅子・一部介助 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 尿器							
		夜間	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 車椅子・一部介助 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 尿器							
	食事	<input type="checkbox"/> セッティング後自食 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 経管栄養(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻) 経管栄養の内容 ()								
	食形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 嚥下訓練食 () <input type="checkbox"/> 治療食 (K) <input type="checkbox"/> とろみ								
精神状況	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 声出し <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 暴言暴力								
	精神疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> その他()								
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 会話可能 <input type="checkbox"/> はい、いいえ程度 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 身体抑制 () ナースコール(<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> 不可) センサー使用(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)									
リハビリ状況	リハビリ指示(<input type="checkbox"/> 入る <input type="checkbox"/> 入らない) リハ内容(具体的に)									
退院先予定	<input type="checkbox"/> 自宅(<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 階エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未定									
保険情報	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 生保									
介護申請	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 要介護(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) 要支援(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)									
ケアマネ事業所					担当者			電話番号		

地域連携センター処理欄

受付日	年	月	日	転院受入日	年	月	日	連絡日	年	月	日
相談対応者				不可理由							
当院へ移動手段	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他()										
付添	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有										