

総合病院津山第一病院  
回復期リハビリテーション病棟 御中

(紹介元医療機関)  
医療機関名  
病棟名  
病棟師長  
記入者(担当看護師)  
住所  
TEL FAX

診療情報提供書 2 (日常生活状況)

以下のとおり患者様をご紹介しますにあたり、看護情報をお伝えいたします。

フリガナ		M・T・S・H	年	月	日生
氏名		性別	男・女		
日常生活の状況	<p>* 食事： 内容 普通食 ( kcal ) 常食 きざみ食 粥食事 ( 分粥 ) 特別食 食 ( kcal 蛋白質 g 脂質 g 塩分制限 g ) 経管栄養 (内容： ) (注入力 mL) ( kcal ) (他： ) 胃ろうの状態： チューブ式 ボタン式 (サイズ Fr) 交換時期 ( 頃 ) 特記事項 ( ) * 整容・更衣： * 入浴： * 排泄： 方法 病棟内トイレ ポータブルトイレ バルン留置 おしめ 尿器 便器 特記事項 ( ) 尿意、便意の伝達： 可能 不可能 排便コントロール： 良好 不良 (薬の使用状況： ) * 移動： 独歩 杖 歩行器 車椅子 (移乗介助 有 無) ストレッチャー * 起居動作等： 寝返り 自立 要介助 / 起き上がり 自立 要介助 / 座位保持 自立 要介助 * コミュニケーション等： ナースコール 可能 不可能 認知症 有 無 程度 ( 軽度 中等度 重度 ) 症状 ( ) 対応 (処方内容 / その他 ) コミュニケーション障害 無 有 (具体的内容 )</p>				
入院前のA D L					
家族状況	<p>* 家族構成： 独居 高齢者世帯 その他 ( ) * キーパーソン 氏名： 続柄： 住所： 連絡先： * 入院中の世話 おしめの用意 家族 業者 病院 / 洗濯 家族 業者 * 室料差額負担 可能 ( 1日 円まで ) 不可能</p>				
介護保険情報	<p>* 申請： 未申請 申請済み (要介護度 ) * 担当ケアマネージャー： / 事業者名： * 地域包括支援センター</p>				
退院後の方針	<p>自宅 施設入所 (申込状況 ) 転院 (申込状況 )</p>				