

依頼日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

新規患者 情報共有シート

依頼機関： _____

TEL： _____

ご担当者： 部署 _____ 氏名 _____

☆患者情報

患者名	カナ	生年月日	年 月 日 歳	性別
				男・女
住所	〒	自宅電話		
キーパーソン	関係	氏名	KP連絡先	

☆医療・ADL情報

* 診断名		* ADL		
		食事	自立 見守り 一部介助 全介助	
		移動	自立 伝い歩き 歩行器 車椅子 ストレッチャー	
		更衣	自立 見守り 一部介助 全介助	
		清潔	自立 見守り 一部介助 全介助	
		排泄	自立 見守り 一部介助 全介助	
* 既往歴		トイレ ポータブル 尿器 オムツ		
		会話・理解力	可能 困難 不可	
		認知症状	有 ・ 無	
* 現在の処方		* 医療行為		
		酸素	睡眠時 () L 安静時 () L 労作時 () L	
		ストーマ		
		尿道カテーテル		
* 告知・受容度		末梢点滴		
告知	予後 () か月 / 本人には告知なし 医師の明示なし		IVH	
			胃ろう	
受容度	本人	希望あり・不明・不安	吸引	(時間毎 回/日)
	家族	希望あり・不明・不安	ドレーン	
* 現在の所在		褥瘡		
入院中 自宅		その他		

☆ 社会資源の活用状況 (保険情報)

* 介護保険	申請中 要介護/要支援 () 区変	* 医療保険	1割・3割 生保 ・ 障害 ・ 公費
* ケアマネ	事業所名	担当者名	TEL
* 訪問看護	事業所名	担当者名	TEL
* 訪問薬剤	事業所名	担当者名	TEL
* その他			
* かかりつけ医	医療機関名		
☆緊急度	緊急 ・ 通常		
☆看取り希望	自宅での看取り希望 ・ 搬送 ・ 未定		