

## ふるかわ医院 患者情報シート（医療機関・介護関係者用）

地域医療室 MSW行

FAX: 072-737-6111

(TEL: 072-722-0109)

記載日 年 月 日 記載者氏名

フリガナ		生年月日 (T・S・H)	年 月 日			
名前		年齢 ( ) 才	性別 (男・女)			
〒 ( - )						
住所						
電話番号		( ) - ( ) - ( )				
健康保険 (後期高齢 割・国保 割・社保 割・難病・重度障害・生保・労災)						
介護保険 (なし・あり〈要支援・要介護〉・変更申請中・新規申請中)						
身体障害者 (なし・あり〈 級〉)						
医療情報	病名					
	既往歴					
	家族歴					
	医療行為	<input type="checkbox"/> NGT	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> IVH	<input type="checkbox"/> 酸素	<input type="checkbox"/> 呼吸器
	<input type="checkbox"/> 尿カテ	<input type="checkbox"/> ストマ	<input type="checkbox"/> 疼痛管理	<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 末梢点滴	
介護情報	日常生活自立度	自立・J・A・B・C	身長	cm		
	認知度	自立・I・II・III・IV・M	体重	kg		
	移動	(自立・見守り・一部介助・全介助)	利き腕	( )		
	食事	(自立・見守り・一部介助・全介助)	<input type="checkbox"/> 認知機能低下	(なし・あり)		
	排泄	(自立・見守り・一部介助・全介助)	<input type="checkbox"/> 視力低下	(なし・あり)		
	入浴	(自立・見守り・一部介助・全介助)	<input type="checkbox"/> 難聴	(なし・あり)		
	コミュニ	(とれる・ときどきとれる・ほとんどとれない・とれない)				
情報	麻痺	(なし・あり〈□右上肢・□左上肢・□右下肢・□左下肢〉)				
	訪問看護	(なし・あり〈事業所: _____〉)				
	ヘルパー	(なし・あり〈事業所: _____〉)				
	デイサービス	(なし・あり〈事業所: _____〉)				
	デイケア	(なし・あり〈事業所: _____〉)				
	訪問リハ	(なし・あり〈事業所: _____〉)				
	レンタル用具	(なし・あり〈物品: _____〉)				
	ケアマネージャー	(なし・あり〈事業所: _____〉)	氏名 _____	_____)		
	今までのかかりつけ医:		今後の受診予定	(なし・あり)	/	)
現在の状況 (在宅・入院中〈病院: _____〉)						
退院予定日 年 月 日		カンファレンス開催予定	(なし・あり)			

※本書の記載可能な欄にご記入の上、FAXしてください。確認の上で、ご連絡差し上げます。

ふるかわ医院 FAX: 072-737-6111 (TEL: 072-722-0109)