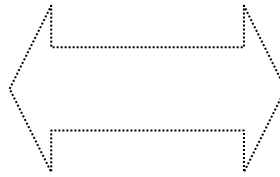


医療・介護連携シート

公立阿伎留医療センター入退院

事業所
担当者
連絡先
かかりつけ医
記入年月日



病院名 公立阿伎留医療センター
病棟
担当医師
担当看護師
記入年月日

患者	氏名 _____			
	住所: _____			
	生年月日 _____		年齢 _____ 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	
病名	<input type="checkbox"/> 脳血管障害 (麻痺 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 大腿骨頸部骨折 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
現在の 問題点や 経過など				
ADL	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> P-トイレ <input type="checkbox"/> オムツ	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> P-トイレ <input type="checkbox"/> オムツ
意思疎通 内服	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	認知症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	認知症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	自己管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	自己管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
連絡先	氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____ 携帯電話 _____			
	キーパーソン			
同居人	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 長男 <input type="checkbox"/> 次男 <input type="checkbox"/> 長女 <input type="checkbox"/> 次女 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
本人・家族 の希望				
備考欄				