

患者基本情報

患者基本情報 (MSWからの情報) <input type="checkbox"/> MSW連絡書あり			
患者ID		入院日	退院日
フリガナ		診断	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 (<input type="checkbox"/> ラクナ <input type="checkbox"/> アテローム <input type="checkbox"/> 心原性塞栓)
氏名	男・女		<input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他 ()
生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)	病巣部位	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 ()
		発症日	年 月 日 (歳)

住所		既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質代謝異常
電話			<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 肥満
主介護者	関係 ()	感染症	<input type="checkbox"/> 無
	連絡先:		<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他 ())
キーパー	関係 ()	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	連絡先:	かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
		紹介医	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()

保険種別	国保・健保・高齢1・高齢3・後期1・後期3・生保・その他 () 公費など (低1・低2・障・難・その他)	家族構成・状況等
身障手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 (年 / 申請) <input type="checkbox"/> 有 (肢体・内部・その他) 種 級	
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 (新規・変更) (年 / 申請) <input type="checkbox"/> 認定済み (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 事業所 () 連絡先	
発症前の生活状況	<input type="checkbox"/> ADL自立 (<input type="checkbox"/> 就労中 (職業:) <input type="checkbox"/> 家事担当) <input type="checkbox"/> 要介護 (<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす)	
発症前の生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 集合住宅 エレベーター (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	

バリアンス	
急性期病院	評価日: 月 日
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 正のバリアンス
	<input type="checkbox"/> 負のバリアンス (コード:)
回復期病院	評価日: 月 日
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 正のバリアンス
	<input type="checkbox"/> 負のバリアンス (コード:)
維持期	評価日: 月 日
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 正のバリアンス
	<input type="checkbox"/> 負のバリアンス (コード:)
在宅	評価日: 月 日
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 正のバリアンス
	<input type="checkbox"/> 負のバリアンス (コード:)

記載日	年 月 日
記載者名	_____ 病院 _____

私は上記の地域連携に基づく診療計画に関する説明を受けました。書かれた内容が病院・施設間の連絡調整等に使用されることに同意します。

説明、同意日: 年 月 日 本人か家族の署名: _____