

短期入院・情報提供書

入院日時 年 月 日 曜日 :

退院日時 年 月 日 曜日 :

医療
機関

医師名

TEL・FAX

協同 ID			生年月日 (西暦)	年	月	日	歳
フリガナ						性別	男・女
患者氏名						TEL	
住 所	〒						
緊急連絡先	フリガナ 氏名			続 柄		TEL	

医師が作成する診療情報提供書を各医療機関の様式にて作成をお願いします。※下記にある項目は省略可

初めて短期入院を利用される場合は、ADL や認知機能の変化に寄与した既往や、胃瘻など医療デバイス使用に至った経緯をご記載ください。

目的	☐ 胃瘻交換 (2泊3日) ☐ レスパイト ☐ レスパイト【NASVA】 ☐ 全身checkコース① (3泊4日) ☐ 全身checkコース② (7泊8日) ☐ 全身checkコース③ (14泊15日) 全身 check コースの CT 胸腹部・骨盤腔、MRI 頭部は希望時になります。 ☐ CT胸腹部・骨盤腔 ☐ MRI頭部	
希望処置	☐ 胃瘻交換 ☐ 胃瘻交換 ☐ PTEG交換 ☐ 気切カニューレ交換 ☐ 尿道留置カテーテル鋼管 ☐ 褥瘡処置	
希望検査・併診	可能な検 査 【レントゲン・CT・MRI・超音波・胃カメラ・血圧脈波】 可能な併診科 【耳鼻科・眼科・婦人科・泌尿器科・整形外科・外科・歯科】 ※入院期間によっては、休診等により併診できない科が発生する場合があります。ご了承ください。 ※下記に希望する検査・併診科と目的 (具体的に) を記載してください。	
	検査・併診	目的
リハビリテーション	※1 週間以上の入院の方のみ対象 <PEG (2 泊 3 日)、検査入院 コース① (3 泊 4 日) は対象外> ☐ リハ評価 ※希望する場合、生活動作の能力など、具体的に気になっていることを以下に記入 ☐ 維持リハ ※訪問リハ・デイケアを行っている方のみ対象 ※リハの内容わかるものを添付	
努	☐ 無 ☐ 有 ➡入院期間分の薬剤はご持参ください。 ※最新の処方内容がわかるものを添付してください。	

入院時一般 (生化・ECG・胸部 XP)、感染症 (6 ヶ月以内当院未実施) は全患者実施。

以下、看護サマリー、ADL 表としてご使用ください。各医療機関の様式でも構いません。

基本情報	ケアマネ	氏名			事業所			TEL			
	アレルギー	☐ 無 ☐ 有			家族構成						
	禁忌薬	☐ 無 ☐ 有									
	感染症	☐ 無 ☐ 有									
食事等	食 事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 食事摂取困難 ☐ 経腸栄養 ☐ I V H									
		☐ 常食 ☐ 全粥 ☐ 一口大 ☐ 超きざみ ☐ ミキサー ☐ ゼリー ☐ 制限食							kcal	g	
		とろみ剤 ☐ 不要 ☐ 要 水分とろみ ☐ 不要 ☐ 要									
	経 管 栄 養	☐ 胃瘻 ☐ 腸瘻 ☐ PTEG ☐ 鼻 種類							Fr×	cm	
		☐ 胃瘻 ☐ 半固形 ☐ エンシュア ☐ ラコール 他：							水分：		
		注入力		朝：	—	昼：	—	夕：	—	タ：	
		水分量		朝：	—	昼：	—	夕：	—	眠前：	
排泄	排 尿	☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ オムツ ☐ 自立 ☐ 半介助 ☐ 全介助									
	排 便	☐ 尿道カテーテル：サイズ Fr ☐ ストーマ ☐ ウロストミー その他：									
睡眠	状 態	☐ 良 ☐ 不良	眠剤	☐ 無 ☐ 有							
	寝 具	☐ 布団 ☐ ベッド	☐ 電動 ☐ 手動 ☐ エアーマット ☐ その他								
	備 考	☐ いびき ☐ 寝言 ☐ 歯ぎしり ☐ 徘徊 ☐ 体動の激しさ ☐ その他									
清潔	入 浴	☐ 清拭 ☐ 入浴	☐ 自室 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	回 数	回/週						
	場 所	☐ 自宅浴槽 ☐ 入浴サービス ☐ デイケア ☐ その他									
身体状況	認知症高齢者の 日常生活自立度	☐ I ☐ II ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M	周辺 症状								
	酸 素	☐ 不要 ☐ 要	☐ マスク ☐ 鼻 ☐ NPPV	%/分	種類：						
	吸 引	☐ 不要 ☐ 要	気切	☐ 無 ☐ 有	種類： Fr						
	A D L	☐ フリー ☐ トイレ歩行程度可能 ☐ 車いす（自走） ☐ 車いす（介助） ☐ ベッド上									
	麻 痺	☐ 無 ☐ 有	状 態	☐ 不全 ☐ 完全							
	拘 縮	☐ 右上肢 ☐ 左上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左下肢 ☐ その他									
	痙攣発作	☐ 無 ☐ 有	対応：								
	義 歯	☐ 無 ☐ 有	☐ 一部 ☐ 上 ☐ 下 ☐ 全部	取り外し	☐ 可 ☐ 不可						
	聴 力	☐ 正常 ☐ 聞こえにくい ☐ 左 ☐ 右 補聴器 ☐ 無 ☐ 有									
	視 力	☐ 正常 ☐ 見えない ☐ 左 ☐ 右 ☐ 見えづらい									
	そ の 他										
	褥 瘡	☐ 無 ☐ 有	部位：								
	処 置										
	看護・介護上の問題点など										