

岩手県立大東病院 患者連絡票

患者氏名 \_\_\_\_\_  
 生年月日 \_\_\_\_\_

記載者: \_\_\_\_\_  
 記載日: \_\_\_\_\_

(1)病名

入院日 年 月 日

(1)ADL ①清潔 自立 介助 ( )

②更衣 自立 介助 ( )

③食事 食事形態:  
自立 見守り 介助 その他( )

④排泄 トイレ ( 自立 見守り 介助 )  
ポータブル ( 自立 見守り 介助 )  
尿器 おむつ フォーリーカテーテル ( Fr )

⑤移動 歩行 ( 自立 見守り 介助 )  
車椅子 ( 自立 見守り 介助 )  
ベッド上

(2)持参薬 ・内服 あり なし ・外用 あり なし ・その他( )

(3)輸液 あり ( ) なし

(4)酸素 あり ( カヌラ マスク リットル ) なし

(5)認知症 あり ( 認知症高齢者の日常生活自立度判定〔 〕 ) なし

(6)褥瘡 あり ( 部位: 処置内容: ) なし

(7)ベッドマットの種類 ( )

(8)センサー類の必要性 要 ( ) 不要

(9)家族構成 独居 同居あり ( )

連絡先	名前	続柄	電話番号
キーパーソン			(続柄 )
主介護者			(続柄 )

(10)介護保険 介護度 ( ) 区分変更中 未申請  
 ケアマネージャー 事業所

(11)退院先 本人の意向 自宅 施設 その他  
 家族の意向 自宅 施設 その他

(12)施設の申し込み あり ( 申込先 )  
なし

(13)その他