

患者様情報提供書 1

可・否

患者氏名	コウライ 知ウ 高良台 太郎	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
生年月日	平成22年10月1日	年齢	10歳
住所	久留米市藤光町	※市・町名のみで構いません。	
原因疾患	右大腿骨転子部骨折術後	現在までの経過	
発症日	平成22年10月1日	自転車走行中、交差点内で軽自動車と接触し受傷。救急搬送	
手術日	平成22年10月2日	10/2 骨接合術施工	
地域連携パス	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
リハ算定日	平成22年10月2日		
合併症	疾患名・治療方法など	受傷・発症起点からの経過をご記入ください。	
<input type="checkbox"/> 心疾患		既往歴	
<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病	食事療法のみ		
<input type="checkbox"/> その他			
医療的処置		年	内容
<input type="checkbox"/> 酸素	L	H20	盲腸手術(A病院)
<input type="checkbox"/> 吸引		回/日	
<input checked="" type="checkbox"/> 感染症	検出部位 術創部よりMRSA		
<input checked="" type="checkbox"/> 創処置	発生部位 術創部ガーゼ保護		部位と内容を
<input type="checkbox"/> 点滴	内容		
<input type="checkbox"/> その他			
現在のADL		保険内容	
移動	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠	
食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
<input type="checkbox"/> 経鼻経管	その他()	他科受診 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
食事形態	糖尿食1600kcal	病院名	聖マリア病院
排泄	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	① 診療日	3ヶ月後
言語障害	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	診療科	整形外科
認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	病院名	
<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 夜間不穏 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力		② 診療日	
<input type="checkbox"/> 抑制(内容:)		診療科	
<input type="checkbox"/> その他()		内服状況	
家族情報		別紙で処方内容を添付下さい。	
キーパーソン	父親	備考	
退院予定先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関		
入力者情報		何か特別にある場合は、記入して下さい。	
入力日	平成22年10月15日		
紹介病院名	〇〇病院	ご連絡の窓口とさせていただきます。入力者以外の方への連絡が必要な場合は、備考欄に連絡先をご記入ください。	
入力者	高良台 花子		
入力者職種	医療ソーシャルワーカー		

高良台病院で記入します

生年月日と入力日を入力後、自動計算されます。

す。白抜きの部分の記入をお願いします。チェックボックスはクリックすればチェックできます。

診察日・診療医師が確定している場合は、その日を記入下さい。

何か特別にある場合は、記入して下さい。

患者様情報提供書 2

現在の処方薬

現在飲んであるお薬をすべて記入して下さい。