

【島の病院おたに 入院前問診(医療担当者記載欄)】

【経過など】 ご面倒ですが、別紙紹介状で病名・経過・内服薬・注射薬・処置の内容などの詳細についてご教授ください。

【感染】 耐性菌 無 有 (MRSA MDRP VRE EBLs 病原性大腸菌 CD その他:)
⇒ 保菌者 感染者 (隔離: 不要 必要 / 感染部位: 呼吸器 尿路 消化管 創部 その他:)

【全身状態】 身長 _____ cm / 体重 _____ kg / 栄養状態(良 不良) / 筋力低下(無 有)

【評価】 日常生活機能評価 _____ 点 / FIM _____ 点 もしくは Barthel Index _____ 点

【褥瘡】 無 有 ⇒ (処置: 不要 必要 / 部位: _____ 大きさ: _____)

【意識障害】 無 有 ⇒ JCS: 1 2 3 10 20 30 100 200 300

【痴呆状態】 無 有 ⇒ 日常生活自立度: I IIa IIb IIIa IIIb IV M (HDS-R _____ 点 _____ 年 /)
(不隠: 無 有 / 徘徊: 無 有 / 暴言・暴力 無 有 / うつ傾向: 無 有 / その他: _____)

【寝たきり】 無 有 ⇒ 寝たきり度: J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

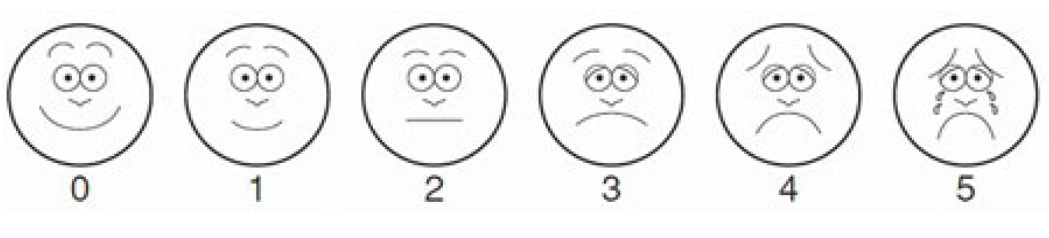
【寝返り】 自立 一部介助 全介助

【歩行状態】 自立 杖歩行 歩行器での歩行 車イス ストレッチャー

⇒ (自立 見守り 一部介助 全介助)

【食事動作】 自立 一部介助 全介助

【疼痛・苦痛の状態】 フェーススケール: 0 1 2 3 4 5 (がん症例に限らず、チェックして下さい。)



【呼吸状態】 酸素投与: 無 有 (酸素量 _____ l/分) / 喀痰吸引: 無 有 (_____ 時間ごと) / 気管切開: 無 有

⇒ (カニューレ 種類: _____ ・サイズ: _____) / 人工呼吸管理: 無 有 (TPPV NPPV)

⇒ 人工呼吸器や鼻マスクの機器の種類・酸素濃度・設定条件については、別紙紹介状にてご教授ください。

【栄養管理】 経口摂取(自立 一部介助 全介助) NSTの介入(不要 必要)

中心静脈栄養(ポート: 有 無) 末梢挿入型中心静脈栄養 抹消持続点滴
 胃瘻 / 腸瘻 / 食道瘻 / 経管栄養 / その他

⇒ (種類 _____ サイズ: _____ Fr: _____ cm)(最終交換日: _____ 月 _____ 日)

【食事内容】 常食 キザミ 全粥 三分粥 流動 嚥下食 補助栄養食(_____)

** 経管栄養の場合(通常 半固型) : 商品名(_____)、(_____) kcal

【食事制限】 無 有 ⇒ 糖尿病食 高血圧食 肝臓病食 腎臓病食 易消化食 その他(_____)

⇒ 制限内容 (カロリー _____ kcal / 塩分 _____ g / タンパク _____ g / その他 _____)

【排泄状態】 尿意 ⇒ 無 有

* 排尿: 自立 ポータブル おむつ 導尿 尿道バルーン(サイズ: _____ Fr) 腎ろう(サイズ: _____ Fr)
 膀胱ろう(サイズ: _____ Fr) ウロストーマ(種類: _____) (_____ 日ごとの交換)

* 排便: 自立 ポータブル おむつ ストーマ(種類: _____) (_____ 日ごとの交換)

【入浴】 自立 介助浴 特浴 清拭のみ

【その他の必要処置】 がん疼痛(麻薬管理) 血糖測定 インスリン療法 創傷処置 身体拘束
(胸腔 腹腔 骨盤腔 他) の (ドレーン管理 穿刺 洗浄 その他(_____)

【島の病院おおたに 入院前問診表】

紹介元病院： 病院 地域連携室担当： さま

主治医： 科

FAX送信日： 令和 年 月 日 貴院入院日： 令和 年 月 日

当院面接希望日： 令和 年 月 日 転院希望日： 令和 年 月 日

患者背景の問題点： 無 有
(本人の性格の問題 家族関係の問題 経済的問題 病状や経過に対する理解不足
 医療への不信感 慢性期医療についての理解不足 転院についての理解不足 そのほか)
特記事項：

終末期の場合は、最期の看取りの在り方について下記チェックをお願いします。：

急性期への転院を希望 当院で可能な限り積極的に治療 当院で静かに看取る 在宅での看取り

癌症例の場合は、「本人」に対する告知の有無について下記チェックをお願いします。：

未告知 病名のみ告知 予後も含めてすべて告知⇒予後()ヶ月と告知している

個室希望： 無 有 リハビリの希望： 無 有 個別ケアの希望： 無 有

貴院入院前の紹介もと医療機関名・紹介訪問看護・紹介もと施設名・居宅介護支援事業所名など：

() () ()
() () ()

最終ゴール： 在宅復帰 施設入所 入院継続 その他()

最終受け入れ先の予約： 無 有 ⇒ (受け入れ先機関名：)

患者氏名： 殿 性別：

生年月日：

患者住所：

患者電話番号：

健康保険： 国保 社保 老人()割 後期高齢者()割 原爆 生保 労災 事故 その他
(生保の場合は連帯保証人を2人立てて頂くことが受け入れ条件となります。フォーマットには代表者1人について記載してください。)

介護保険： 介護認定未施行 申請中 申請予定 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)

居宅・ケアマネ： 居宅() ケアマネ()

障害手帳等級： 未申請 申請中 申請予定 手帳保持 障害等級 (1 2 3 4~7)

生保： 申請中 申請予定

連帯者氏名： 殿 (歳) (続柄：)

連帯者住所：

連帯者電話番号：