

患者様情報共有シート（医療機関様・事業所様から仙南中央病院へ）

基本情報	フリガナ			性別	□ 男 □ 女		
	氏名	様		生年月日	年 月 日		
	住所	〒		身長	cm		
	キーパーソン	様() (TEL)		体重	kg		
	緊急時連絡先①	様() (TEL)			年 月 日		
	緊急時連絡先②	様() (TEL)		【家族状況・ジェノグラム】			
	保険種別	□ 国保 □ 社保 □ 共済 □ 後期 □ 生保 □ その他					
	障害手帳	□ なし □ あり □ 身体 □ 療育 □ 精神 (級)					
	障害支援区分	□ 非該当 □ 区分1 □ 区分2 □ 区分3 □ 区分4 □ 区分5 □ 区分6 有効期限 ()					
	年金	□ 身体 □ 知的 □ 精神 (障害 級) □ 老齢					
	要介護度	□ なし □ 申請中 □ 要支援() □ 要介護()					
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
	認知機能	□ 自立 □ I・II・III・IV・M □ 不明					
	生活歴						
当院受診前の状況①	現在の精神症状	□ 抑うつ症状 □ 不安・焦燥 □ 希死念慮 □ 自殺企図 □ 多弁 □ 気分高揚 □ 易怒性 □ 幻視・幻聴 □ その他 ()					
	感染症	□ なし □ あり (TPHA ・ HBS ・ HCV ・ MRSA ・ その他)					
	屋内歩行	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助					
	移動手段	□ 杖 □ 歩行器 □ 車いす □ 寝たきり					
	屋外歩行	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助					
	移動手段	□ 杖 □ 歩行器 □ 車いす □ 寝たきり					
	意思疎通	□ 会話可能 □ 会話困難 □ 発語なし					
	利き手	□ 右手 □ 左手					
	麻痺・拘縮	□ 麻痺なし □ 麻痺あり □ 右上肢 □ 左上肢 □ 右下肢 □ 左下肢					
		□ 拘縮なし □ 拘縮あり □ 右上肢 □ 左上肢 □ 右下肢 □ 左下肢					
	排泄	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助					
		□ ポータブル □ リハパン □ オムツ □ カテーテル □ その他 ()					
	睡眠	□ 良眠 □ 浅眠 □ 昼夜逆転 □ 不眠					
	入浴	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 □ その他					
食事	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 □ 経鼻経管 □ 胃瘻						
	□ 義歯なし □ 義歯あり (部分 ・ 総)						
	【主食】	□ 常食	□ 軟飯	□ お粥	□ その他 ()		
	【副食】	□ 常菜	□ 軟菜	□ 刻み	□ その他 ()		
【制限】	□ なし	□ あり	(食) (kcal)				

当 院 受 診 前 の 状 況 ②	薬剤関係	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 貼付	☐ 塗布	☐ 点眼
	処置	☐ なし	☐ 点滴	☐ 吸引	☐ 酸素療法	☐ インスリン	☐ 褥瘡
		☐ その他 ()					
	BPSD	☐ なし	☐ 徘徊	☐ ケア抵抗	☐ 焦燥・不穏	☐ 幻視・幻聴	☐ 大声を出す
	☐ その他 ()						
	他科フォロー	☐ なし ☐ あり (病院名:)					
	精神科通院・入院歴	☐ 通院歴なし		☐ 通院歴あり		(病院名:)	入院期間:)
						(病院名:)	入院期間:)
		☐ 入院歴なし		☐ 入院歴あり		(病院名:)	入院期間:)
				(病院名:)	入院期間:)		
採血データ	☐ 採血データなし ☐ 採血データあり ※直近の採血データがあれば一緒にFAXお願い致します						
自立支援医療	☐ なし ☐ 申請中 ☐ あり (有効期間 年 月 日)						
介護サービス	サービス事業名・事業者名等含む (担当者:) 様)						
障害福祉サービス	サービス事業名・事業者名等含む (担当者:) 様)						
今後の在宅生活の展望	☐ 家族の支援が見込める ☐ 家族以外の支援が見込める ☐ 支援は見込めない ☐ その他						
人生の最終段階における医療・ケアに関する情報	☐ 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日: 年 月 日)						
	☐ 話し合いを実施していない (☐ 本人からの希望がない ☐ それ以外)						
	本人の代わりの意思決定者はいるか ☐ いる () 様 (続柄:) ☐ いない ☐ 分からない						
その他特記事項							

ご記載ありがとうございました。 診療情報提供書等と一緒に 仙南中央病院 連携・相談室宛て FAX：0224-54-2505(代表) まで御連絡をお願い致します。 内容を確認させていただき、折り返しご担当者様に 連絡をさせていただきます。 尚、入院の可否は担当医の判断になります。 今後とも宜しくお願い致します。	記入日	年 月 日
	医療機関名 事業所名	様
	所在地	〒
	電話番号	
	FAX番号	
	担当者	様
	情報提供日	年 月 日