

(様式2) (病床準備のため、可能な範囲で結構ですので下記の情報提供をお願い致します)

## 紹介入院時患者情報 (看護師用)

記入年月日 平成 年 月 日

患者名	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	年齢 歳	性別 男 ・ 女
住所		

【既往歴】
【現在の状況】
【看護情報】
【キーパーソン】(患者様を支援してくれる人)

身体の状況 (該当項目を で囲んでください)

視 力	普通・障害がある・不明 生活に支障が(ある・ない)	痴 呆	有・無 ランク ・ a・ b・ a・ b・ ・M
聴 力	普通・やや難・難 ( )	異常行動	有・無 ( )
言 語	普通・やや不自由・不自由 ( )	夜間睡眠 状 況	良・不眠 眠剤使用の有・無(薬品名: )
歩 行	自立・杖歩行・全介助 車椅子・不能	情緒・情動	うつ的・不安・多動
排 泄	自立・一部介助・全介助 オムツ使用(ある・ない)	介 助 者	有・無 ( )
食 事	自立・一部介助・全介助 嚥下障害(ある・ない) 経管栄養(胃瘻)	入 浴	自立・一部介助・全介助
着 替 え	自立・一部介助・全介助	継続して必 要な処置	例 褥瘡処置

【感染症】HB・HCV・その他( )	【アレルギー】
--------------------	---------

記載者	施設名:	職種:	氏名:
-----	------	-----	-----

北見赤十字病院 医療社会事業部 地域医療連携室