

療養情報提供書(NS記入用)

患者	氏名	様	生年月日	MTS	年	月	日	歳	男	女
病名				既往						
感染症	無・有	HBs・HCV・W氏・MRSA (十・一)(部位:)			検査日:)その他			
※感染症検査データを添付ください。										
気管切開	無・有	抜管の可能性 無・有								
吸引	無・有	回/日								
褥瘡	無・有	※Ⅱ度以上に該当する場合、または褥瘡が2か所以上ある場合								
酸素	無・有	ℓ								
他の医療行為	無・有	内容								
食事内容		経口・胃瘻・経鼻・その他・欠食 食形態・内容()								
※評価方法は裏面参照										
A D L		自立	準備	観察	部分的援助	広範囲援助	最大援助	全面依存	本動作なし	
	ベッド上の可動性	0	1	2	3	4	5	6	6	
	移乗	0	1	2	3	4	5	6	6	
	食事	0	1	2	3	4	5	6	6	
	トイレの使用	0	1	2	3	4	5	6	6	
視力	日常生活への支障はない 大きい字は読める 全盲または近い状態 視野狭窄 他()									
聴力	問題なし 大きい声なら聞こえる 補聴器利用で聞こえる ほとんど聞こえない									
言語	問題なし 意思伝達できる 意思伝達できない 他()									
問題行動	幻視幻覚 妄想 せん妄 昼夜逆転 暴言 暴力									
	介護への抵抗 徘徊 不潔行為 異食 性的行動 他()									
急変時の対応について										
※当院療養病棟では急変時の対応として人工呼吸器・心臓マッサージ・昇圧剤等による延命措置は行っておりません。またリハビリに関しては入院後の状態に応じて検討させていただきます。以上を患者様、ご家族へ説明し了承を得た上でお申し込みいただきますようお願い申し上げます。										
●延命措置を 希望する ・ 希望しない										

●リハビリを 希望する ・ 希望しない ・ どちらでもよい										

紹介元	機関名				連絡先					
					担当NS					