

患者情報シート

年 月 日

1. 基本情報

ふりがな 患者氏名		生年月日	年 月 日		
		性別	男・女	年齢	歳
住所			連絡先		

2. 診療情報提供書に記載いただきたい項目

- ☐ 診断
- ☐ 身体面も含めた Problem List
- ☐ 転院／入院の目的
- ☐ 必要な病室（保護室／個室／多床室）
- ☐ 既往歴・アレルギー
- ☐ 生育歴・現病歴
- ☐ 処方歴を含む経過
- ☐ 現在の処方
- ☐ 検査所見（血液・尿検査、胸部 X 線、心電図、頭部 CT あるいは MRI、脳波など）

3. ソーシャルワークに関する情報

保険種別	健保・国保・後期高齢・労災・難病・マル福・限度額・生保 取得区分：				
介護保険	無・申請中（ / ）・有（区分：				
障害年金	無・有（ 級）				
各種手帳	無・有（ ）				
入院時の移動手段	自家用車・公共交通期間・救急車・その他（				
SW 上の問題					
キーパーソン					
ふりがな 患者氏名		生年月日	年 月 日		
		性別	男・女	年齢	歳
住所					
連絡先			続柄		

患者情報シート

4. 医療に関する情報

身長	cm	体重	kg
バイタルサイン	BP: / mmHg, P: /min, SpO2: % BT: °C ※直近の経過表を添付いただけると幸いです。		
喫煙	無 ・ 有 (本/日 × 年)		
飲酒	無 ・ 有 (を 1 日)		
違法薬物	無 ・ 有 ()		
認知機能	認知症	無 ・ 有 (HDS-R・MMSE: 点)	
	せん妄	無 ・ 有	
	疎通性	良好 ・ まずまず ・ 不良	
	治療に対する本人の理解・同意		無 ・ 有
睡眠	良好 ・ 不良		
食事	経口 (自立・見守り・一部介助・全介助)・胃瘻・経鼻胃管・ 末梢輸液・中心静脈栄養 形態や内容 ()		
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助 尿意 (無・有) 便意 (無・有) トイレ・ポータブル・尿器・リハパンツ・おむつ・留置カテーテル 導尿・ストマ		
移動	自立・見守り・一部介助・全介助 杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー		
移乗	自立・見守り・一部介助・全介助		
更衣	自立・見守り・一部介助・全介助		
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助 清拭のみ・シャワーのみ・機械浴・一般浴		
身体状況	麻痺: 無・有 (部位:) 拘縮: 無・有 (部位:) 褥瘡: 無・有 (部位:)		
注意すべき言動	自殺念慮・自殺企図・暴言・暴力 ライン抜去・離床・徘徊・介護拒否・頻コール		
特別な医療行為	呼吸器・気管切開・酸素投与 (L)・喀痰吸引 (回/日) 血糖測定 (回/日)		
リハビリ	理学療法・作業療法・言語療法		
その他、看護上の問題			

患者情報シート

平素より大変お世話になっております。この度は患者様をご紹介いただきありがとうございます。筑波大学附属病院精神神経科は、地域との連携、他科との連携、他職種との連携という**3つの連携を大切に、安心できる精神医療**を実現したいと考えております。

地域との連携においては、

- 著しい低体重の神経性やせ症の患者様
- 電気痙攣療法を必要とする患者様
- 身体合併症のために単科精神病院での対応が困難な患者様

を可能なかぎり受け入れ、再び地域でのケアが可能となる状態に回復させることが当科としての役割と考え、診療に励む所存です。

各医療機関とスムーズな連携を実現すべく、この「患者情報シート」をご用意いたしました。2は医師の先生が、3はソーシャルワーカーの方が、4は看護師の方がご記入されることを想定して作成しております。当科でお引き受けするために必要な情報を予めご記入いただくことで、当院の地域連携室を通した調整にお時間とお手間をおかけすることが極力減るようお願い申し上げます。何卒ご協力をお願い申し上げます。