

患者情報シート

この度は患者さまをご紹介いただきありがとうございます。当科は、地域・他科・多職種との連携を重視し、安心して受けられる精神医療の提供に努めております。とくに、身体合併症のために精神科単科病院での対応が困難な患者さま、神経性やせ症のため著しい低体重を呈する患者さま、修正型電気けいれん療法を必要とする患者さまを積極的に受け入れ、再び地域での支援につなげることを当科の役割と考えております。

円滑な入院調整のため、本シートへのご記入をお願いいたします。「患者基本情報」「社会的背景・支援に関する情報」はソーシャルワーカーの方に、「看護・ケアに関する情報」は看護師の方にご記入いただくことを想定しております。医師の方には「診療情報提供書（様式任意）」の作成をお願いいたします。診療情報提供書には、転院／入院の目的、診断（身体疾患を含む現在のプロブレムリスト）、既往歴・アレルギー、生活歴・現病歴・経過（処方歴を含む）、現在の処方、検査所見に加え、入院に関する本人や家族等の理解や同意の状況、現時点で想定される入院形態、行動制限の必要性等をご記載ください。

記入日： 年 月 日

1. 患者基本情報

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. 社会的背景・支援に関する情報

保険種別	健保・国保・後期高齢・労災・難病・マル福・生保					
介護保険	無・申請中（ / ）・有（区分： ）					
障害年金	無・有（ 級）					
各種手帳	無・有（手帳名： 級： ）					
自立支援医療	無・有					
入院時の移動手段	自家用車・公共交通機関・救急車・その他（ ）					
社会的背景・ 支援上の懸念点						
キーパーソン						
ふりがな 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

3. 看護・ケアに関する情報

身長	cm	体重	kg
バイタルサイン	血圧: / mmHg, 脈拍: /min, SpO2: % 体温: °C		
認知機能	認知機能低下	無 ・ 有 (HDS-R ・ MMSE : 点)	
	せん妄	無 ・ 有 ・ 疑い	
	疎通性	良好 ・ やや不良 ・ 不良	
栄養摂取	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 (CV・PICC)		
食形態・ アレルギー食品	常食・きざみ・ペースト (1日分 kcal) とろみ: 有・無 その他気を付けること: アレルギー:		
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助 トイレ・ポータブル・尿器・リハビリパンツ・おむつ 膀胱留置カテーテル・導尿・ストーマ		
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: ケア:) 拘縮: 無・有 (部位: ケア:) 褥瘡: 無・有 (部位: ケア:) スキンケア: 無・有 (部位: ケア:) 転倒歴: 無・有 (センサー:)		
注意を要する 言動・行動	自殺念慮・自傷行為・自殺企図・暴言・暴力・徘徊・無断離院 ライン類の自己抜去・ケアへの抵抗・頻コール・他患とのトラブル その他 (具体的に:)		
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)・インスリン投与・透析		
看護・ケア上の 懸念点			