

記載日： 年 月 日

# 診療情報提供書

御紹介医療機関

医療法人 景雲会  
春日居サイバーナイフ・リハビリ病院

〒406-0014 山梨県笛吹市春日居町国府436  
TEL：0553-26-4126 / FAX：0553-26-4366

御担当医

理事長 村田 憲一

統括医療連携部 直通

TEL：0553-26-4127 / FAX：0553-26-4137

フリガナ				性別	男性・女性
患者氏名	様			電話	-
生年月日	大正 平成 昭和 令和	年 月 日 ( 歳)			-
診断名					
発症・受傷日	年 月 日	発症・受傷場所			
合併症 既往歴					
紹介目的・症状経過および検査結果・治療経過 【検査データ等別紙データの有無】 有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>					
現在の処方					
備考					

# 患者情報

フリガナ

記載日： 年 月 日

患者氏名：

様

記載者：

移動	手段	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー
	状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
移乗	状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
食事	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経鼻	<input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> 絶食	
	状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	嚥下	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> むせあり			
排泄	手段	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> カテーテル	<input type="checkbox"/> ストマ
		<input type="checkbox"/> 布パンツ	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ		<input type="checkbox"/> おむつ	
	状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	失禁	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
精神状況	ナースコール	<input type="checkbox"/> 押せる	<input type="checkbox"/> 時々押せる	<input type="checkbox"/> 一部介助		
	不穏症状	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (内容： )			
	身体抑制	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (内容： )			
医療処置等	喀痰の吸引	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( 回/日)			
	気管切開	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	酸素療法	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( L <input type="checkbox"/> カヌラ <input type="checkbox"/> マスク)			
	点滴管理	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (ルート： <input type="checkbox"/> 抹消 <input type="checkbox"/> 中心静脈)			
	褥瘡のケア	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (部位： 処置： )			
	インスリン注射	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (内容： )			
<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 看護師管理			
その他	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (内容： )			
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両 )			
	衣類サイズ	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> LL	<input type="checkbox"/> その他( )
	新型コロナワクチン接種日	1回目 ( 年 月 日 )	3回目 ( 年 月 日 )			
	2回目 ( 年 月 日 )	<input type="checkbox"/> 不明				
備考						