様式第２号（別添様式）

記入日：　　　　　　　年　　　月　　　日

在宅難病患者一時入院申請にかかる連絡票

|  |  |
| --- | --- |
| 記入者氏名 |  |
| 患者との続柄 |  |
| 電話番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  患者氏名 | |  | | | | 生年月日 | | | 年　　　　月　　　　日生 (　 　歳) |
| **患者の生活行動** | | | | | | | | | |
| 起居動作 | | | □自立　 □一部介助（　　　　　　　　　） □全介助 | | | | (エアマット：\_無 ・ 有（　　　　　　）) (転倒歴： 無 ・ 有（頻度　 　） | | |
| 移 動 | | | □自立　 □一部介助（　　　　　　　　　） □全介助 | | | | （車いす・電動車いす ・ 歩行器 ・ 杖歩行 ・ ストレッチャー） | | |
| 移 乗 | | | □自立　 □一部介助（　　　　　　　　　） □全介助 | | | | （リフト使用： 要 ・ 不要） | | |
| 食 事 | | | □自立　 □一部介助（　　　　　　　　　） □全介助 | | | | （経管栄養 （ 胃瘻 ・ 経鼻 ・ 経腸））（形態　　　　　　　　　）・CV | | |
| 排 泄 | | | □自立　 □一部介助（　　　　　　　　　） □全介助 | | | | （トイレ ・Pトイレ ・オムツ ・尿器 ・差し込み便器 ・バルン ・導尿） | | |
| 清 潔 | | | □自立　 □一部介助（　　　　　　　　　） □全介助 | | | |  | | |
| 更 衣 | | | □自立　 □一部介助（　　　　　　　　　） □全介助 | | | |  | | |
| **患者のコミュニケーション力** | | | | | | | | | |
| 意思疎通 | □可能 　□やや困難　□困難 （代替手段 ： 筆談 ・ 文字盤 ・ 会話補助装置 ・ 意思伝達装置・その他（　　　　　　　　）） | | | | | | | | |
| 難 聴 | □無 　　□有 （軽度 ・ 中度 ・ 強 度） 　（補聴器 ： 無 ・　有 ） | | | | | | | | |
| 視 力 | □見える □やや見える □見えにくい　 （眼鏡 ： 無 ・ 有 ） | | | | | | | | |
| 意識障害 | □無 　　□有 | | | | | | | | |
| 認知症 | □無 　　□有 | | | | | | | | |
| **医療処置** | | | | | | | | | |
| 人工呼吸器 | | 機種名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| □気管切開で使用（ＴＰＰＶ）　　　　　□マスクで使用（ＮＰＰＶ） | | | | | | | |
| 人工呼吸器装着時間　：　□２４時間　　　　□夜間のみ　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 設定　〈人工呼吸器指示書参照〉 | | | | | | | |
| 酸素使用 | | □あり　（　　　　）Ｌ／分　　　　　　□なし　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 気管切開 | | カニューレ製品名（　　　　　　　　　　　　　 　　　　　）　　サイズ（　　　 　　　　）　　 カフエア量（　　　 　　　　）ｍｌ | | | | | | | |
| 吸　引 | | □気管内　　　□鼻腔内　　　□口腔内　　　　※特記事項（　　　　　　　　　　　）　　吸引回数 | | | | | | | |
| 栄　養 | | □経口 | | | | | | | |
| □胃ろう・腸ろう　　□経鼻カテーテル　　 製品名（　　　　　　　　　　　　　　）　　サイズ（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 摂取量　〈経管栄養指示簿参照〉 | | | | | | 水分補給 | |
| 膀胱留置カテーテル | | | | |  | | | | |
| 褥　瘡 | | | □無　　□有　 （部位　　　　　 　程度　　　　　 　　　　　　　　　処置法　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| **その他** | | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳 | | | | □無 　□有　　 〔　　　 　級 （　肢　・呼　・音／言　・他　　　　　　　　　　　　）〕 | | | | | |
| 要介護認定 | | | | □無 　□有　　（要介護度　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 特記事項 | | | |  | | | | | |

※患者本人の状況を（不明な点は、かかりつけの医師や看護師などに確認の上）ご家族でわかる範囲で記入してください。

※「在宅難病患者一時入院申請書（様式第２号）」を提出する際に、一緒に提出ください。