

# 紹介患者様連絡票

記載年月日 令和 年 月 日

病院名： 診療科：  
患者氏名 様 ☐男・☐女 生年月日：M・T・S 年 月 日 歳  
診断名 発症日： 年 月 日  
併存疾患： 医療区分： ☐1・☐2・☐3

リハビリテーション：☐無・☐有 年 月 日 発症日 目標設定算定：☐有・☐無  
算定日： 年 月 日

嚥下療法：☐無・☐有 年 月 日 開始  
リハビリ疾患名： (※廃用の場合・その他理由： )

意識障害：☐無・☐有 JCS (☐1・☐2・☐3 / ☐10・☐20・☐30 / ☐100・☐200・☐300)  
コミュニケーション：☐会話・☐筆談・☐ジェスチャー・☐うなづき・☐不可  
寝たきり度：ランク☐J (☐1・☐2) ☐A (☐1・☐2) ☐B (☐1・☐2) ☐C (☐1・☐2)

介護保険：無・有 (要支援・要介護) 認定状況 (未申請・申請済・区分変更中)  
認定調査：(未・済) 主治医意見書：(未・済)

食事： 主食：☐普通・☐全粥・☐ミキサー食 / 副食：☐普通・☐刻み・☐ミキサー食  
☐自立・☐一部介助・☐全介助 / 絶食・制限：  
摂取量：☐全量・☐2/3・☐半量・☐少量 / ☐箸・☐スプーン・☐フォーク  
※経管栄養摂取方法：(☐胃瘻チューブ・☐経鼻的チューブ)  
栄養剤：品名・回数・量等：  
嚥下困難：☐無・☐有 (原因：)  
咀嚼：☐問題無・☐問題有 ( )  
アレルギー：☐無・☐有 (原因：)

移動：☐独歩・☐杖使用・☐歩行器・☐シルバーカー・☐車椅子・☐リクライニング車椅子・☐寝たきり  
☐自立・☐見守り・☐一部介助・☐全介助  
移乗：☐自立・☐見守り・☐一部介助・☐全介助

排泄：☐トイレ(☐自立・☐見守り・☐一部介助・☐全介助) ☐Pトイレ(☐自立・☐見守り・☐一部介助・☐全介助)  
☐リハビリパンツ・☐オムツ・☐尿瓶・☐差し込み便器・☐フォーレ・☐人工肛門

認知症：☐無・☐有  
認知症高齢者の日常生活自立度：ランク ☐I・☐II(☐a・☐b) ☐III(☐a・☐b) ☐IV・☐V  
問題行動：☐被害的・☐作話・☐幻聴・☐幻覚・☐感情不安定・☐昼夜逆転・☐暴言・☐暴力・☐大声をだす  
☐徘徊・☐介護抵抗・☐落ち着きがない・☐目が離せない・☐収集癖・☐不潔行為・☐異物飲食・☐性的迷惑行為  
身体拘束：☐無・☐有 ☐ベッド柵・☐体幹部・☐四肢・☐座位固定・☐ロンパース

褥瘡：☐無・☐有 部位/大きさ ( )  
エアーマットの使用：☐無・☐有 (有りの場合：種類)  
酸素：☐無・☐有 酸素流量(投与量) L / 吸引：☐無・☐有 (回数：)  
感染症：☐無・☐有 ( )

備考：