

ネットワーク調整 申込 FAX (医療情報提供書)

宛先 FAX : 022-717-8886

宮城県難病医療連携センター 事務局

下記項目の適合するものに丸印をつけ、下線に記入し、FAX・メールにて申し込んで下さい。

入院については、後日、電話などでご連絡申し上げます。

申込み医師名 : _____

施設名 : _____

連絡先 : 電話 : _____ FAX : _____

E-メール : _____

申し込み月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 短期入院 (2週間以内) [希望入院期間 : _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日まで]
2. 中期入院 (在宅療養へ復帰予定) [希望入院期間 : _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 / 年 _____ 程度]
3. 長期入院 (3ヶ月以上) [希望入院期間 : _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日まで]

患者情報

1. 希望の病院/地域 : _____

2. 患者名 : _____ 生年月日 : _____ (_____) 歳 (男 ・ 女)

3. 住所 : _____ 電話 : _____

4. 病名 : _____ 発症 : _____ 年 _____ 月

5. 病名告知 : 無 ・ 有 (・ 本人のみ ・ 家族のみ ・ 本人と家族)

6. 合併症 : _____

7. 気管切開 : 有 ⇒ 気管カニューレの種類 : _____ サイズ : _____ メーカー : _____
無 ⇒ 今後、気管切開を (・ 希望する ・ 希望しない ・ 未決定 ・ 不明)

8. 人工呼吸器装着 : 有 ⇒ ・ 非侵襲的 (NPPV) ・ 侵襲的 (TPPV) 機種名 : _____
装着時間 (・ 終日 ・ 夜間のみ ・ その他) _____)
無 ⇒ 今後、気管切開下人工呼吸器装着を (・ 希望する ・ 希望しない ・ 未決定 ・ 不明)

9. 現在の患者状態 / ADL

痴 呆 : 無 ・ 有 (内容 _____)

不穏状態 : 無 ・ 有 (内容 _____)

問題行動 : 無 ・ 有 (内容 _____)

転倒の既往 : 無 ・ 有 (内容 _____)

呼吸の問題 : 無 ・ 有 (・ 喀痰多し ・ 酸素吸入あり _____ l / 分 ・ その他 _____)

循環の問題 : 無 ・ 有 (・ 不整脈 ・ その他 _____)

移 動 : 自力歩行 ・ 介助歩行 ・ 車椅子 (自立 ・ 介助) ・ ストレッチャー

食 事 : 自立 ・ 観察 ・ 部分介助 ・ 全介助

経鼻栄養 ・ 胃瘻 (カテーテルの種類 : _____ 号数 : _____ メーカー : _____)

食事種類 : 常食 ・ 全粥 ・ きざみ ・ _____ 分粥 ・ 制限食 : _____ ・ 流動食 ・ 点滴

経管食の場合 商品名 : _____

更 衣 : 自立 ・ 観察 ・ 部分介助 ・ 全介助 ・ 体位交換の自立度 _____

整 容 : 自立 ・ 観察 ・ 部分介助 ・ 全介助

排 尿 : 自立 ・ 観察 ・ 部分介助 ・ 全介助

方法) ・ トイレ ・ ポータブル ・ 尿器 ・ おむつ ・ 導尿
・ 留置カテーテル (カテーテルの種類 : _____ 号数 : _____ メーカー : _____)

排 便 : 自立 ・ 観察 ・ 部分介助 ・ 全介助

方法) ・ トイレ ・ ポータブル ・ 便器 ・ おむつ ・ 浣腸 ・ 座薬 ・ 摘便

10. コミュニケーション方法 :

11. その他の連絡事項

* 入院中に胃ろうや気管カニューレ等の交換を希望される場合は、詳細 (メーカー、商品名、サイズ等) について記入をお願いします。