

患者名 _____ 年齢 _____ 性別 _____ ID(旭川赤十字病院) _____
 診断名 _____
 発症日 _____ / _____ 入院日 _____ 転院日 _____

郵便番号 住所	キーパーソン: 住所:	緊急連絡先:
電話番号:	電話番号:	

入院時NIH-SS	
・意識レベル	
・意識レベル 質問	
・意識レベル 従命	
・注視	
・視野	
・顔面麻痺	
・左腕	
・右腕	
・左脚	
・右脚	
・運動失調	
・感覚	
・言語	
・構音障害	
・消去無視	
総点数	0

食事情報			
食事方法			
食種	()		
食事形態	主食		
	副食		
	嚥下食		
補足			
経管栄養種	()		
追加水	()mlを()回()時		
その他			
アレルギー情報			
食事	()		
薬剤	()		
感染症情報			
HB	HC	梅毒	
その他			
介護情報			
介護認定			
要介護度	ケアマネ担当() 事業所名⇒		
身障認定	() 種 () 級 ()		

栄養サポートチーム(NST)の関与	無
-------------------	---

基礎疾患	
・高血圧	
・糖尿病	有の場合⇒
・高脂血症	有の場合⇒
・心房細動	
・脳卒中の既往	()
・その他の心疾患	()
・その他の既往症	()

かかりつけ医	病気・治療の説明と受け止め方
・	
・	
・	

入院前ADL	
移動	()
移動方法	()

虚血性脳血管障害			
病型	0	詳細記載	
主幹動脈病変(病巣側)	0	追加・詳細記載	
主幹動脈病変(非病巣側)1		追加・詳細記載	
主幹動脈病変(非病巣側)2		追加・詳細記載	
入院後の増悪	入院後の再発作	再発作日	
外科的治療(急性期)	実施日	その他の詳細	
外科的治療(慢性期)	実施日	その他の詳細	

出血性病変			
出血病型			
原因分類			詳細記述
外科的治療1	実施日	その他の詳細	
外科的治療2	実施日	その他の詳細	
外科的治療3	実施日	その他の詳細	
外科的治療4	実施日	その他の詳細	
シャント	0	種類	その他の詳細
圧設定(mmH2O)			

旭川赤十字病院地域連携様式第1号

医師よりコメント

主治医:

看護師よりコメント(注意事項など)

病棟:

担当:

<最終排便日>

/ / ()

<カテーテル
最終交換日>

/ / ()

/ / ()

/ / ()

/ / ()

<危険行動>

・内容:

<家族関係等、関わる上での注意点>

<備 考>

薬剤情報

担当:

<<退院時処方>>

【副作用歴】

【薬剤管理】

(服薬状況)

【その他】

理学療法士からの連絡事項 未実施	PT開始日:	担当PT:
作業療法士からの連絡事項 未実施	OT開始日:	担当OT:
言語聴覚士からの連絡事項 未実施	ST開始日:	担当ST:

連携病院コメント			
入院中の再発		再発日	
合併症の発症			