受診時情報シート**＜介護事業所 → 医療機関＞**

患者氏名　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 受診の理由 |  |
| いつから | 　　　月　　　　日　□午前　□午後　　　　時頃から |
| いつもと違うところ |  |
| いつもの様子 | **日常生活：□　自立　□　一部介助　□　全介助****意思疎通：□　可能　□　やや困難　□　困難****（備考：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）****1日水分摂取量：約　　　　　mlくらい**かかりつけ医【　　　　　　　　　　　　　　　　　】お薬手帳　□あり（　□持参　　　□　持参していない　）　　　　　□なし |
| 体の様子 | * **最終食事　　　（　　　　日　　　　　時頃　）**

**摂取状況（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）*** **最終水分摂取　（　　　　日　　　　　時頃　）**
* **最終排尿時間　（　　　　日　　　　　時頃　）**
* **最終排便時間　（　　　　日　　　　　時頃　）**
 |
| **主な経過（時間に沿って）・心配なことなど** |
| **記載日** | **所属施設** | **記載者名** |
|  |  |  |

**田原市　医療介護連携部会　2019．４．１作成**