　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**