

①患者基本情報(PEG造設・交換地域連携診療計画書)

		<input type="checkbox"/> PEG造設 <input type="checkbox"/> PEG交換	
施設名【		】	作成日
患者ID			取得日
フリガナ		性別	
氏名		男 女	生年月日
郵便番号			電話番号
住所			
診断名	添付資料 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> STS <input type="checkbox"/> その他
基礎疾患	<input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 神経難病 <input type="checkbox"/> その他()	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 食品 <input type="checkbox"/> その他 ()
既往歴	添付資料 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 肺炎: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (年 月 日)	家族構成	添付資料 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
内服薬	添付資料 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	本人家族の希望	添付資料 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
栄養状態	添付資料 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし SGA評価: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 中等度の不良 <input type="checkbox"/> 重度の不良 栄養経路と種類: <input type="checkbox"/> 経口 食種() <input type="checkbox"/> 経腸 栄養剤() <input type="checkbox"/> 経静脈	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (認知症高齢者生活度) <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
		日常生活機能評価	寝返り <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまる <input type="checkbox"/> できない 起き上がり <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 座位保持 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支え要 <input type="checkbox"/> できない 移乗 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> できない 口腔清潔 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
かかりつけ医:		訪問看護ステーション	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
施設名		施設名	
かかりつけ歯科: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
施設名		施設名	
PEG連携パス情報 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
造設日 (年 月 日)		施設名	
施設名		介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (介護度)
		身体障害申請	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (級)
特記事項(併用しているパスの情報など)			

【記載上の注意点】

- ・年号は西暦で記載します。
- ・電話番号はハイフン(－)を入れずに左つめで記入します。
- ・施設名は、各箇所文字数範囲内表記とし、多いところは略式名称を記載します。