

神奈川県メディカルショートステイ診療情報提供書

(提出先) メディカルショートステイ協力医療機関 担当医 様

(記入日) 年 月 日

医療機関住所: _____ 電話: _____

施設名: _____ 医師氏名: _____

氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日生	年齢	歳	性別	男 女
診断名	主診断名 合併症		既往歴 (入院・手術・骨折等主なもの)				
経過							
処方内容 ※別紙 (処方箋写し) 添付可	画像所見						
	脳波所見						
	検査所見		(状態把握に必要な検査所見を記入してください。)				
発作	発作時の対処						
アレルギー (薬・食事)							
気管切開	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	カニューレタイプ・サイズ: カフ: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (カフ圧 _____ ml)			気切部の状態やカニューレ抜去時の対応等		
人工呼吸器	<input type="checkbox"/> なし	機種名			メーカー		
	<input type="checkbox"/> あり	設定条件	換気モード	/最高気道内圧	/吸気時間	換気回数	/一回換気量 /PEEP設定 /PS設定
		使用状況	24時間 夜間のみ				
酸素							
吸入							
経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻	チューブタイプ サイズ	固定位置	cm	交換時期	毎	栄養剤 組成、時間、回数等
	胃瘻・腸瘻事故抜去時の対応						
急変時の対応	蘇生 あり なし 蘇生ありの場合: 心臓マッサージ 気管内挿管 酸素使用 その他 ()						
その他	※上記機器以外の医療機器 (ネーザルハイフロー・カフアシスト等) を使用中の場合は、ショートステイ中の使用の必要性も含めて記載ください。						