

診療情報提供書

年 月 日

札幌禎心会病院 地域医療支援センター 行
〒065-0033 札幌市東区北33条東1丁目3-1
TEL 011-712-0920 (直通)
FAX 011-712-1145 (直通)



依頼医療機関名	〒
住所	
医師名	診療科
電話番号 ()	
FAX番号 ()	
担当者 部署	氏名

■患者様情報

フリガナ		住所	〒
患者氏名	□男□女		
生年月日	年 月 日 (歳)	電話	()

※ご予約の日時は、当日中に貴院へご連絡させていただきます。

■ご依頼VAD(Vascular Access Device:血管内留置デバイス)内容

希望される内容にチェックを付けてください。

- CVポート PICC

■傷病名:

■既往歴:

■症状経過及び治療経過(簡単な記載で構いません)

■CVCなどの留置既往の有無がお分かりでしたら、部位をご記載ください

「例)現在、右内頸動脈から CVC留置しています」

■ 処置希望日時 無 有 (年 月 日)

■ 抜糸の希望 無 有

■ 移動方法 歩行 車イス ストレッチャー

※詳細のADLにつきましては、別紙「ADL確認表」を記載の上、ご返信願います。

■ 抗血栓薬の服用有無 無 有

■ 付き添い ご家族 () 医療機関職員 () その他 ()

※ CVポート造設が血流感染や敗血症等で現状では不応と思われる場合は、一度、PICC挿入を行い、加療後に再度CVポート造設を行う事を相談させて頂く事がございます。

ADL確認表

患者名 _____

体位交換	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
移動	歩行	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 見守り	
	車椅子	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 全介助	
	ストレッチャー	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 程度(MMT: _____)		
排泄	排尿	尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> シャワーキャリー使用
		日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 平オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 導尿
		夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 平オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 導尿
	排便	便意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> シャワーキャリー使用
		日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 平オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> ストマ(セルフ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)
		夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 平オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> ストマ(セルフ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
指示理解	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 簡単なことのみ <input type="checkbox"/> 不可		
意思表示	<input type="checkbox"/> 可 (<input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> 失語のため配慮要す) <input type="checkbox"/> 不可		
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる(<input type="checkbox"/> 補聴器) <input type="checkbox"/> 聞こえにくい (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 聞こえない (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)		
処置挿入物等	酸素	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____ マスク カニューラ)	
	バルーン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	その他	(_____)	
体内金属	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)		
感染	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)		
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)		
危険行動や配慮することがありましたら、ご教示ください。			