

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				既往歴（入院・手術・骨折等主なもの）							
	合併症											
経 過												
処方内容 ※別紙 (処方箋写し) 添付可					画像所見	(状態把握に必要な検査所見を記入してください。)						
					脳波所見							
					検査所見							
薬剤耐性菌	無・有（ ）											
発作	発作時の対処											
アレルギー (薬・食事)												
気管切開	☐ なし	カニューレタイプ・サイズ： _____				気切部の状態やカニューレ抜去時の対応等						
	☐ あり											
人工呼吸器	☐ なし	機種名				メーカー						
		設定条件	換気モード _____ / 最高気道内圧 _____ / 換気回数 _____ / 一回換気量 _____ / PEEP設定 _____ / PS設定 _____									
	☐ あり	使用状況	24時間 夜間のみ									
酸素												
吸入												
経管栄養	☐ 経鼻	チューブタイプ				栄養剤	組成、時間、回数等					
	☐ 胃瘻	サイズ										
	☐ 腸瘻	固定位置	_____ c m	交換時期	_____ 毎							
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。											