

オアシスグループ連携開始シート	
記入日()	
貴施設名	診療科() 連絡先()
地域連携担当者	
ふりがな	
患者名(イニシャル可)	
性別	☐ 男 ☐ 女
生年月日	年齢() 歳
医療保険	☐ 社会保険 ☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢者保険 ☐ 生活保護 ☐ 労災
特定医療費(指定難病)受給者証	☐ あり ☐ なし
介護保険	☐ 未申請 ☐ 申請中 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5
障害者手帳	☐ あり ☐ なし ()級 障害名
病名	
麻痺	☐ あり ☐ なし
意識障害の有無	☐ あり ☐ なし
JCS	☐ Ⅰ. 1-3 ☐ Ⅱ. 10-30 ☐ Ⅲ. 100 - 300
運動反応	☐ 痛み刺激に全く反応しない ☐ 痛み刺激で体を動かす ☐ 痛み刺激で体を動かさない ☐ 痛いと逃げる ☐ 命令に従う
意思疎通	☐ できない ☐ 返事(はい、いいえ程度)が主 ☐ 会話が可能
開眼	☐ しない ☐ 痛み刺激で開眼 ☐ 呼びかけで開眼 ☐ 自発的に開眼
歩行	☐ 不可能 ☐ 可能
人工呼吸器	☐ あり ☐ なし
転院希望日	年 月 日までの転院を希望
要望や希望がありましたらご記入ください	