

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