

転 院 依 頼 票

紹介先:至誠堂総合病院

依頼日:平成 年 月 日

フリガナ 患者氏名			男・女	生年月日	M T S H	年	月	日(歳)
病 名						入 院 日	年 月 日	
経 過								
家 族 構 成					キーパーソン(相談者)氏名: 連絡先:TEL :			
A D L	歩 行	☐ 自立〔 ☐ 自立歩行 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子〕 ☐ 一部介助〔 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子〕 ☐ 全介助						
	食 事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 経管栄養〔 ☐ 経鼻 ☐ 胃瘻 栄養剤の種類: 〕						
	食事形態	☐ 普通食 ☐ キザミ ☐ 軟食 ☐ 流動 ☐ ミキサー ☐ とろみ ☐ その他()						
	排 泄	☐ 自立 ☐ 一部介助〔 ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 尿器〕 ☐ 全介助〔 ☒ オムツ ☐ 留置カテーテル〕						
	リハビリ	☐ 未実施 ☐ 実施中〔 ☐ PT ☐ OT ☐ ST〕→リハ内容() 開始日()						
	内 服 薬	☐ 無 ☐ 有〔 ☐ 自己管理 ☐ 看護師管理〕 ※処方箋別紙						
心 身 機 能	感 染 症	☐ 無 ☐ 有〔 ☐ HBS ☐ HCV ☐ MRSA; 検出部位() ☐ 疥癬 ☐ その他 〕→ ☐ 個室 ☐ 大部屋						
	アレルギー	☐ 無 ☐ 有〔 ☐ 食物() ☐ 薬品() ☐ 他 () 〕						
	麻 痺	☐ 無 ☐ 有〔 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 上肢 ☐ 下肢 〕		拘 縮		☐ 無 ☐ 有(部位)		
	意思疎通	<理解> ☐ できる ☐ 時々できる ☐ できない→〔 ☐ 意識レベルの低下 ☐ 失語症 ☐ 聴覚障害 〕						
	意思疎通	<伝達> ☐ できる ☐ 時々できる ☐ できない→〔 ☐ 意識レベルの低下 ☐ 言語不明瞭 ☐ 失語症 ☐ 気管切開 〕						
	認知症	☐ 無 ☐ 有〔 ☐ 物忘れ ☐ 徘徊 ☐ 暴言・暴行 ☐ 奇声 ☐ 不潔行為 ☐ 介護抵抗 ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ その他症状; 意思疎通困難 〕						
	身体拘束	☐ 無 ☐ 有〔 ☐ 抑制帯 ☐ ミトン ☐ つなぎ服〕 ☐ その他()						
	睡 眠	☐ 良好 ☐ せん妄 ☐ 昼夜逆転 ☐ 薬剤使用 ()						
褥 創	☐ 無 ☐ 有(部位)		エアマット		☐ 使用 ☐ 未使用			
医 療 処 置	☐ 無 ☐ 有 ☐ IVH等輸液管理 ☐ 酸素療法 ☐ 気管切開 ☐ 人工呼吸器 ☐ 吸引 ☐ 胃瘻 ☐ 血糖測定 ☐ インスリン注射 ☐ 人工肛門処置 ☐ HD(実施曜日) ☐ 尿留置カテーテル ☐ 疼痛の緩和() ☐ その他()							
介 護 保 険	☐ 未申請 ☐ 申請中 ☐ 要支援〔 ☐ 1 ☐ 2〕 ☐ 要介護〔 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 〕 ケアマネジャー: ☐ 無 ☐ 有(居宅介護支援事業所名・担当者名;)							
障 害 者 手 帳	☐ 無 ☐ 有(障害: 等級: 級)							
他公的制度	☐ 無 ☐ 有()							
今 後 の 方 向 性	今後の方向性	☐ 自宅 ☐ 施設 ☐ 他病院 ☐ その他()						
	患者の意向							
	家族の意向							
	医師の説明内容	月 日						
そ の 他 ・ 特 記 事 項								

依頼もと施設名: 記載・担当者: 連絡先TEL: