

村上記念病院 医療福祉相談室 宛て

□診療情報提供書 □薬剤情報と併せて ※直通FAX(0897)56-2337 へ送信してください
 頂きました情報をもとに、入院判定会を行います

転院申込患者情報

紹介元医療機関 _____ 病院 _____ 科 _____ 主治医 _____ 先生 _____

相談担当者 _____ 様 TEL _____ 貴院の転院希望日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな	生年月日		M・T・S・H	年	月	日
患者氏名	年齢		歳	男・女		
住所	TEL					
キーパーソン	氏名	続柄	TEL			
病名	発症・受傷・手術年月日		身長:		cm	
既往歴					体重: kg	
感染症	無・HBV(+)・(-) HCV(+)・(-) MRSA(+ 部位 ・-) その他()					
現在の状態(該当のところに○印をしてください)					経過・備考	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	※配慮が必要な事項がございましたら、記入ください		
起き上がり	できる	できない	できない			
座位保持	できる	支えがあればできる	できない			
移乗	できる	見守り・一部介助	できない			
移動方法 (独歩・杖・歩行器・車椅子・リクライニング車椅子)	介助なし	見守り	要介助 (搬送を含む)			
口腔清潔 *義歯(有・無)	できる	できない	できない			
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助			
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助			
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない			
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	できない			
危険行動	ない	ある	できない			
排尿	トイレ・オムツ・カテテル・導尿・人工膀胱 【尿意】有・無		排便	トイレ・オムツ・人工肛門 【便意】有・無		
褥瘡	有(部位 _____ : 程度 _____)・無 _____					
意識状態	明瞭・不明瞭		リハビリ	PT・OT・ST・無 _____		
夜間の様子	良眠・不眠傾向・眠剤服用・大声を出す・いびき・徘徊・					
認知症	有・無	*HDS-R _____ /30点	身体抑制	有(センサーマット・抑制着・車椅子ヘルム・4点柵 _____) / 無 _____		
発熱	有(原因 _____)・無 _____		難聴	有・無 *補聴器 有(左・右) / 無 _____		
装着・使用医療機器	酸素吸入(_____ ℓ/分)・気管カニューレ・モニタック・人工呼吸器(_____)					
	吸引器(頻度 _____)・中心静脈栄養・末梢・その他(_____)					
希望の病室	個室・2人部屋・4人部屋		リハビリ後の退院希望先	自宅・家族宅・施設・病院・(_____)		
経済的問題	無・有(健康保険がない/医療費支払い等に不安がある) _____					
その他特記事項						
保険情報	保険者番号		記号番号		本人・家族	負担 割
	公費等 負担者番号		受給者番号		限度額認定	
	生保・労災・自賠責(_____)					
	介護保険(自立 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中 不明 認定無)					