

長崎北病院 医療福祉相談室

(患者相談専用 FAX095-881-2311)

〒851-2103 西彼杵郡時津町元村郷 800 電話 (095) 886-8700

転院・入院相談シート (下記情報をお知らせください)

紹介元 医療機関名 \_\_\_\_\_ 施設名 \_\_\_\_\_  
家族 その他 \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ 男・女  
生年月日 (T・S・H) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 才  
住 所 \_\_\_\_\_  
疾患名 # 1 \_\_\_\_\_ 発症日 \_\_\_\_\_  
# 2 \_\_\_\_\_  
# 3 \_\_\_\_\_

今回の入院目的 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

◎リハビリであれば → 対象疾患名：上記 # \_\_\_\_\_

◎回復期リハビリ希望 → 適応 適応外

当院を退院後の計画・家族の見解など

自宅 他院 施設

個室希望の有無 有 無

その他 \_\_\_\_\_

その他特記事項 (個室希望ほか)

患者の状態 (病室の都合等もありますのでよろしければ、下記情報もお知らせください。)

(意思の疎通) 可 不可  
(認知症) 無 有 (HDS/MMSE \_\_\_\_\_ )  
(移動) 独歩 介助 車椅子  
(トイレ) 自立 一部介助 全介助  
(肢体障害) 無 有 ( \_\_\_\_\_ )  
(言語障害) 無 有 ( \_\_\_\_\_ )  
(食事) 自立 一部介助 全介助 経管 その他 ( \_\_\_\_\_ )  
(嚥下障害) 無 有  
(経口摂取) 無 有 内容 ( \_\_\_\_\_ )  
(感染症) 無 有 ※分ければチェックをお願いします。

記入日 \_\_\_\_\_ 発信者 (所属) \_\_\_\_\_ (氏名) \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_