

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 _____