

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 _____ 性別 男・女

生年月日 (T・S・H) _____ 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

介護保険の有無 無 不明 有 要介護度 要支援 1 2
要介護 1 2 3 4 5

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 _____

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-R _____ / MMSE _____)
(問題行動) 無 有 (_____)
(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 その他 (_____)
(嚥下障害) 無 有
(経口摂取) 無 有 内容 (_____)
(インスリン) 無 有
(感染症) 無 有 ※分かれればチェックをお願いします。
(抑制) 無 有 体幹抑制有

記入日 _____ 発信者(所属) _____ (氏名) _____
電話 _____ FAX _____