長崎北病院　医療福祉相談室
（患者相談専用　FAX 095-886-8701）
〒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 ＿＿＿＿＿＿　性別 ＿＿（選択してください）
生年月日 ＿＿＿＿＿＿　＿＿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

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 ＿＿＿＿＿＿