

大泉記念病院 転入院相談票

記入日 年 月 日

大泉記念病院 地域医療連携課 宛 紹介元医療機関

TEL 0224-22-2560 (連携課直通)

FAX 0224-22-2580 記入者 職種 ()

<small>フリガナ</small> 患者氏名	様	生年月日	昭和 年 月 日
病名			
転入院目的			
<small>家族構成</small> キーパーソン			
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請・変更中 (申請日:) <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 担当ケアマネージャー 事業所: 名前 様		
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障害 等級: 級)		
ADL	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> フォールレ	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
食事・栄養	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口 形態(粥) 治療食内容 () <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 注入食内容 () <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 点滴内容 ()		
体重の経過	入院時: Kg (/) → 現在: Kg (/)		
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> せん妄 (具体的症状)		
精神症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
身体抑制	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 (具体的内容をご記入お願いいたします)		
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (具体的内容をご記入お願いいたします)		
酸素	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (流量計)		
喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 (回数・性状等)		
入院前の状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (具体的内容をご記入お願いいたします)		
今後の方向性	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 その他 (申込施設等ありましたらご記入お願いいたします)		
DNAR	<input type="checkbox"/> 了承済 <input type="checkbox"/> 未		
貴院での病状説明内容			
その他詳細情報			

内服・薬剤情報の添付を必ずお願いいたします