記載日：平成　 　年　 　　月　 　日

医療法人財団　青南病院　医療相談窓口

TEL:0178-27-2015　FAX:0178-27-9500

**転院・入院依頼患者様情報**

送付者：　医療機関名（施設名）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職種

TEL:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  |  | 男 ・ 女 | 明治・大正・昭和 |  | 年 |  | 月 |  | 日生 |  | 歳 |
| 患者氏名 |  |  |
| 住所 | 〒 |  |  |
|  | TEL： |  |
| 主 病 名 |  | 発症日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 合併症既往症 |  |
| 経過 |  |
| 現在の状況 |  |
| 転院(入院)依頼の理由 |  |
| 保険種別 | 　・健康保険　　・国民健康保険　　・共済組合　　・生活保護　　・後期高齢者医療 |
| 　・重度医療　　・特定疾患（ |  | ）　　・その他（ |  | ） |
| 介護保険 | ・要支1　　・要支2　　・要介1　　・要介2　　・要介3　　・要介4　　・要介5　　・未申請 |
| ケアマネジャー　　無　・　有　（事業所名: |  | 担当者名: |  | ) |
| 家族構成 |  |
| キーパーソン（氏名 |  | 続柄 |  | ) | 介護者（氏名 |  | 続柄 |  | ) |
| 移動 | 　自立　　一部介助　　全介助　　ベッド上生活　（　寝返り：　可　・　不可　） |
| 歩行 | 　独歩　　一部介助　（　杖　　歩行器　　車椅子　） |
| 食事 | 　自立　　一部介助　　全介助　　経管栄養　（　経鼻　　胃ろう　　腸ろう　） |
| 食種 | 　 |
| 排泄 | 　自立　　ポータブル　（　自力　　半介助　）　　全介助　（　オムツ　　バルーン　） |
| 入浴 | 　自立　　一部介助　　全介助 |
| 着替え | 　自立　　一部介助　　全介助 |
| 麻痺 | 　無　・　有　（部位 |  | ） |
| 拘縮 | 　無　・　有　（部位 |  | ） |
| 褥瘡 | 　無　・　有　（部位 |  | ） |
| 認知症 | 　無　・　有　（　アルツハイマー型認知症　　脳血管性認知症　　その他＜ |  | ＞） |
| 問題行動 | 　無　・　有　（　興奮　暴力　暴言　大声　抵抗　拒食　拒薬　徘徊　不眠　せん妄　その他＜ |  | ＞） |
| 感染症 | 　無　・　有　（　HBs　HCV　TPHA　MRSA＜検出部位： |  | ＞　その他＜ |  | ＞） |
| 現在の処置内容や特別な医療 |
| 　・点滴の管理　　・中心静脈栄養　　・人工肛門　　・膀胱ろう　　・酸素療法　　・喀痰吸引　　・インスリン投与　　・気管切開 |
| 　・経管栄養（　経鼻　　胃ろう　　腸ろう　）　　・疼痛の看護　　・その他（ |  | ） |
| 看護上の問題点 |
|  |
| 今後の方向性 |
| 　・在宅　　・施設（申請の有無を含め |  | ）　　・未定　　・その他（ |  | ） |
| その他の連絡事項 |
|  |