

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 患者氏名		男・女	明治・大正・昭和	年	月	日生	歳
住 所	〒						TEL:
主 病 名							発症日
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 パルーン)						
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							