

村上記念病院 医療福祉相談室 宛て

□診療情報提供書 □薬剤情報と併せて ※直通FAX(0897)56-2337 へ送信してください  
 頂きました情報をもとに、入院判定会を行います

**転院申込患者情報**

紹介元医療機関 \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 主治医 \_\_\_\_\_ 先生 \_\_\_\_\_

相談担当者 \_\_\_\_\_ 様 TEL \_\_\_\_\_ 貴院の転院希望日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな		生年月日	M・T・S・H	年	月	日
患者氏名		年齢	歳 男・女			
住所	TEL _____					
キーパーソン	氏名 _____	続柄 _____	TEL _____			
病名	発症・受傷・手術年月日 _____					
既往歴						
感染症	無・HBV(+・-) HCV(+・-) MRSA(+ 部位 _____ ・-) その他( _____ )					
現在の状態(該当のところに○印をしてください)						経過・備考
床上安静の指示	なし	あり	身長: _____ cm 体重: _____ kg		/	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない				
寝返り	できる	何かにつかまればできる できない				
起き上がり	できる	できない				
座位保持	できる	支えがあればできる できない				
移乗	できる	見守り・一部介助 できない				
移動方法	介助なし	要介助(搬送を含む)				
口腔清潔	できる	できない				
食事摂取	介助なし	一部介助 全介助				
衣服の着脱	介助なし	一部介助 全介助				
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある できない				
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ				
危険行動	ない	ある				
排尿	トイレ・オムツ・カテーテル・導尿・人工膀胱【尿意】有・無		排便	トイレ・オムツ・人工肛門【便意】有・無		
褥瘡	有(部位 _____ : 程度 _____)・無					
意識状態	明瞭・不明瞭	リハビリ	PT・OT・ST・無			
夜間の様子	良眠・不眠傾向・眠剤服用・大声を出す・いびき・徘徊・					
認知症	有・無 *HDS-R _____ /30点	身体抑制	有( _____ )・無			
発熱	有(原因 _____)・無					
装着・使用医療機器	酸素吸入( _____ l/分)・気管カニューレ・モニタック・人工呼吸器( _____ )					
	吸引器(頻度 _____)・中心静脈栄養・末梢・その他( _____ )					
希望の病室	個室・2人部屋・4人部屋	リハビリ後の退院希望先	自宅・家族宅・施設・病院・( _____ )			
経済的問題	無・有(健康保険がない/医療費支払い等に不安がある・ _____ )					
その他特記事項						
保険情報	保険者番号 _____	記号番号 _____	本人・家族 _____	負担 _____ 割		
	公費等 負担者番号 _____	受給者番号 _____		限度額認定 _____		
	生保・労災・自賠責( _____ )					
	介護保険(自立 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中 不明 認定無)					