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　令和　　年　　月　　日

令和　　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		
ｷｰﾊﾟｰｿﾝ	氏名　続柄　TEL		
病名		発症・受傷・手術年月日	身長:　cm
既往歴			体重:　kg
感染症	無・HBV（＋・－）HCV（＋・－）MRSA（＋　部位　・－）その他（　）		

現在の状態（該当のところに〇印をしてください）				経過・備考
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	※配慮が必要な事項がございましたら、記入ください
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（独歩・杖・歩行器・車椅子・ﾘｸﾗｲﾆﾝｸﾞ車椅子）	介助なし	見守り	要介助（搬送を含む）	
口腔清潔　◈義歯（有・無）	できる	できない		
食事摂取　◈摂取量（主食:＿＿割、副食:＿＿割 / 経管栄養）	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（ｾﾝｻｰﾏｯﾄ・抑制着・車椅子ﾍﾞﾙﾄ・4点柵・　）/ 無
発熱	有（原因　）・無	難聴	有・無　◈補聴器　有（左・右）/ 無
装着・使用医療機器	酸素吸入（　ℓ/分）・気管カニューレ・ミニトラック・人工呼吸器（　）		
	吸引器（頻度　）・中心静脈栄養・末梢・ｴｱﾏｯﾄ・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）			

社団更生会 村上記念病院