

転院申し込みシート

記載日	送信先	<input type="checkbox"/> 坂町 <input type="checkbox"/> 村上 <input type="checkbox"/> 瀬波 <input type="checkbox"/> 記念 <input type="checkbox"/> 肴町 <input type="checkbox"/> はまなす <input type="checkbox"/> 山北 <input type="checkbox"/> その他 ()		
フリガナ 氏名	性別	入院月日 (発症日)		
生年月日 (才)	手術日	(術式)		
住所	主病名			
電話番号	既往歴			
キーパーソン				
連絡先				
感染症	MRSA (-) (部位) HBS (-) HCV (-) Wa (-) その他			
介護認定	介護度	身障	(等級: 級 種別:)	
担当ケアマネ	事業所	担当者	利用サービス	
現在までの経過		家族背景		現在の処方内容
現在行われている医療処置				
<input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> O2 (投与量/ L) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 血糖測定 (1日 回) <input type="checkbox"/> 吸引 (頻度) <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 腎瘻・尿管皮膚瘻 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 気管カニューレ () <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <※栄養剤の種類 > <input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位: 程度:) <input type="checkbox"/> 創傷処置 () <input type="checkbox"/> 緩和ケア (麻薬・抗がん剤) <input type="checkbox"/> リハビリ (開始日) その他 ()				
現在のADL状況				
1.麻痺、拘縮 麻痺: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位) 拘縮: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位)		4.排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテ 便意: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不確か 尿意: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不確か		
2.基本的動作 寝返り: <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"/> 添歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 () 起き上がり: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 座位: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 移乗: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事介助: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 形態: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 流動		5.認知、知覚 意識レベル: 意思疎通: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 不可 問題行動: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 認知症: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 視力障害: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 聴力障害: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 言語障害: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 身体抑制: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
3.清潔、更衣 清潔: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 更衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		6.その他		
7.将来の退院先・申込施設名・状況				

送信元

病院 記載者 (部署

氏名)