

転院申込書

ふりがな

氏名： 男・女 生年月日 M・T・S・ 年 月 日

居住地住所： 自宅電話番号： ()

身体状況	
身長	cm
体重	kg
感染症	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
麻痺	<input type="checkbox"/> あり (右上肢・左上肢・左下肢・右下肢・体幹) <input type="checkbox"/> なし
拘縮	<input type="checkbox"/> あり (右上肢・左上肢・左下肢・右下肢・体幹) <input type="checkbox"/> なし
意思疎通	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 簡単な会話・指示ができる <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> その他 ()
意識レベル	<input type="checkbox"/> クリア <input type="checkbox"/> I (1 2 3) <input type="checkbox"/> II (10 20 30) <input type="checkbox"/> III (100 200 300)
ナースコール	<input type="checkbox"/> 押せる () <input type="checkbox"/> 押せない ()
認知症	<input type="checkbox"/> あり (軽度・中等度・重度) <input type="checkbox"/> なし
精神状態	<input type="checkbox"/> 不穏 (あり・なし) <input type="checkbox"/> 躁鬱 (あり・なし)
周辺症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 徘徊・暴言・暴行・不潔行動・昼夜逆転・声だし・その他 ()
嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり (状態：) <input type="checkbox"/> なし
聴覚障害	<input type="checkbox"/> あり (ほとんど聞こえない・補聴器使用あれば聞こえる) <input type="checkbox"/> なし
視覚障害	<input type="checkbox"/> あり (全盲・目の前のものは見える・眼鏡使用・その他) <input type="checkbox"/> なし
アレルギー	<input type="checkbox"/> あり 1 薬品 2 食品 内容 () <input type="checkbox"/> なし

ADL情報	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティングのみ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 一部経口摂取 <input type="checkbox"/> 経口未摂取 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> CV
食形態	<input type="checkbox"/> 主食 (米飯・刻み・ミキサー・ペースト) <input type="checkbox"/> 副食 (常食・刻み・ミキサー・ペースト) <input type="checkbox"/> とろみ (あり・なし) <input type="checkbox"/> 制限食 あり (DM食・減塩食) <input type="checkbox"/> なし
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ自立 <input type="checkbox"/> トイレ一部介助 <input type="checkbox"/> ポータブル自立 <input type="checkbox"/> ポータブル一部介助 <input type="checkbox"/> オムツ (日中・夜間・終日・RHパンツ・尿パット) <input type="checkbox"/> バルーン留置 <input type="checkbox"/> 尿意 (あり・なし・不明) <input type="checkbox"/> 便意 (あり・なし・不明) <input type="checkbox"/> ストーマ
移動	<input type="checkbox"/> 歩行自立 (杖・伝い歩き・歩行器) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
体動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 要体位交換
座位保持	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 背もたれあれば可能 <input type="checkbox"/> 全介助
衣類の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入浴	<input type="checkbox"/> 一般風呂 <input type="checkbox"/> 機械風呂 <input type="checkbox"/> 清拭
睡眠	<input type="checkbox"/> 不眠 あり <input type="checkbox"/> 睡眠薬の常用 あり ()

医療行為	
気管切開	<input type="checkbox"/> あり (カニューレ種類：) <input type="checkbox"/> なし
吸引	<input type="checkbox"/> あり (回数 回/日、 時間毎)
酸素	<input type="checkbox"/> あり (ℓ/m 鼻カニューレ・マスク) <input type="checkbox"/> なし
褥瘡	<input type="checkbox"/> あり (部位： 大きさ：) <input type="checkbox"/> なし 処置方法：
インシュリン注射	<input type="checkbox"/> あり (単位 回/日 薬品名：) <input type="checkbox"/> なし
血糖測定	<input type="checkbox"/> あり (回/日) <input type="checkbox"/> なし
CV/ポート	<input type="checkbox"/> あり (挿入部位：) <input type="checkbox"/> なし
リハビリ	<input type="checkbox"/> あり (内容：) <input type="checkbox"/> なし
急変時の対応	<input type="checkbox"/> 延命希望 <input type="checkbox"/> 延命希望せず[確認した相手氏名(続柄)： ()]
	延命の範囲 ()

退院後の方針		
退院先見込み	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 未検討	
介護認定	<input type="checkbox"/> 申請済 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 区分 <input type="checkbox"/> 支援1 <input type="checkbox"/> 支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> あり (事業所： 氏名) <input type="checkbox"/> なし	
他施設への申し込み状況	① ②	
保険情報	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他 ()	
限度額認定書	区分() 特定疾患 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
経済状況	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり *問題ありの内容は電話でお知らせください	
家族問題	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり *問題ありの内容は電話でお知らせください	
家族構成図	キーパーソン (続柄)	
	氏名	
	連絡先	(自宅)
		(携帯)
家族面接時の来院者(続柄)： 氏名： ()		
移動手段	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> その他 ()	
移送形態	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 ()	
備考		

*わかる範囲で、ご記入よろしくお願ひいたします(記入できない部分は空欄としてください)。

