

転院患者情報提供書(

→

転院調整担当者()

/ / 作成

連絡先電話番号(代) 0895-22-5616

地域連携室直通FAX 0895-23-3825

転院目的	☐ リハビリ ☐ 療養 ☐ 在宅までのワンクッション ☐ 施設入所待機中 ☐ その他()				
ふりがな			性別		
氏 名			住所		
生年月日			Tel		
身 長		体 重		主 治 医	
入院年月日		診療科		手 術 名	
病 名				術 日	
既 往 歴					
感 染 症	☐ 無 ☐ 有 ☐ HBV ☐ HCV ☐ その他 ()				
アレルギー	☐ 無 ☐ 有 ()				

公費負担	☐ 生活保護 ☐ 重身医療 ☐ 労災 ☐ 特定疾患 ☐ 自賠責				
介護保険	要支援(☐ 1 ☐ 2) 要介護(☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5) ☐ なし ☐ 申請中 ☐ 事業対象者 居宅介護支援事業所() 介護支援専門員()				
キーパーソン	氏 名	住 所	続柄	TEL	備考

ADL	移動	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ その他 ()			
	排泄	尿	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (☐ トイレ ☐ おむつ ☐ ポータブル ☐ バルーンカテーテル) ☐ その他 ()		
		便	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (☐ トイレ ☐ おむつ ☐ ポータブル) ☐ 下剤使用 ☐ 浣腸使用 ☐ その他 ()		
	食事	☐ 経口摂取() ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 経管栄養()			
	保清	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()			
機能障害	☐ 麻痺() ☐ 失語症 ☐ 構音障害 ☐ 嚥下障害 ☐ 高次脳機能障害 ☐ 半側無視 ☐ JCS() ☐ 認知症 ☐ 視力障害 (☐ 右 ☐ 左 ☐ 失明) ☐ 聴覚障害 (☐ 聾 ☐ 難聴) ☐ 機能障害なし				
問題行動	☐ 幻覚 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 身体拘束 ☐ 介護抵抗 () ☐ なし				
睡眠	☐ 良眠 ☐ 不眠傾向 ☐ 眠剤使用 ☐ 大声 NC使用 ☐ できる ☐ できない				
寝たきり度	☐ J ☐ A ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2 ☐ 体圧分散マット ()				
医療処置	☐ 酸素吸入() ☐ 褥瘡処置 () ☐ 透析 () ☐ 疼痛処置 ☐ 喀痰吸引 (/日) ☐ 点滴管理 (☐ CVC ☐ ポート ☐ 末梢) ☐ 気管カニューレ () ☐ 人工肛門 ☐ 人工膀胱 ☐ バルーンカテーテル () ☐ インシュリン () ☐ その他 ()				

リハビリ	☐ 有 ☐ 無	起算日()	診断名()	☐ PT ☐ OT ☐ ST
				ジェノグラム
				部屋希望 ☐ 個室 ☐ 多床室