

釧路赤十字病院 地域包括ケア病棟 転院依頼用フェイスシート

病院 _____ 科 _____

記載日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

主治医: _____

記載者: _____

※ 可能な範囲で記載願います。

フリガナ 紹介者氏名	生年月日: 大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 歳		
紹介者住所	〒 _____ - _____	TEL _____	
主病名			
合併症	心疾患(_____) 高血圧 ・ その他(_____)		
併存疾患	糖尿病【インスリン注(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 自己注(<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可) 服薬管理(<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可)】 感染症(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) ・ 褥瘡(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 : 部位 _____ 程度 _____) 酸素投与(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) ・ 抗がん剤(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) ・ 吸引(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 : 回数 _____ 回)		
保険情報	(<input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> 国保・ <input type="checkbox"/> 協会・ <input type="checkbox"/> 組合・ <input type="checkbox"/> 共済・ <input type="checkbox"/> 高齢・ <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 重度・ <input type="checkbox"/> 特疾・ <input type="checkbox"/> 生保・ <input type="checkbox"/> その他(_____)		
入院基本料	<input type="checkbox"/> 急性期一般入院料(1・2・3・4・5・6・7) <input type="checkbox"/> 地域包括ケア病棟入院料(1・2・3・4) <input type="checkbox"/> その他(_____ 入院料)		
介護保険	介護度(_____)・担当ケアマネージャー事業所(_____)氏名(_____) <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 (申請日時 _____ / _____) 利用中のサービス(_____)		
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (_____)		
家族状況	キーパーソン 氏名: 続柄: _____ TEL: _____ 住所: _____		家族構成 住宅環境: 独居・1F・2F(階段・エレベーター)等
	ADL	入院中	コミュニケーション・認知 <input type="checkbox"/> 良 ・ <input type="checkbox"/> 不良 ・ <input type="checkbox"/> 困難 認知症 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 軽度・ <input type="checkbox"/> 中度・ <input type="checkbox"/> 重度) ナースコール(<input type="checkbox"/> 押せる・ <input type="checkbox"/> 押せない) 危険行為(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 → 現在・術後他(<input type="checkbox"/> 不穏・ <input type="checkbox"/> せん妄・ <input type="checkbox"/> その他(_____)) 離床センサーの利用(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 食事 <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助 (<input type="checkbox"/> 経口・ <input type="checkbox"/> 経鼻・ <input type="checkbox"/> 胃瘻・ <input type="checkbox"/> その他(_____)) 食事の形態・内容(_____) ・嚥下障害(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 排泄 <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 見守り・ <input type="checkbox"/> 介助 (<input type="checkbox"/> トイレ・ <input type="checkbox"/> PTイレ・ <input type="checkbox"/> おむつ) 移動 <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 見守り・ <input type="checkbox"/> 介助 補助具(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 杖・ <input type="checkbox"/> 歩行器・ <input type="checkbox"/> 車椅子・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー)
入院前		認知 認知症(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 軽度・ <input type="checkbox"/> 中度・ <input type="checkbox"/> 重度) 食事 <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 見守り・ <input type="checkbox"/> 介助 排泄 <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 見守り・ <input type="checkbox"/> 介助 (<input type="checkbox"/> トイレ・ <input type="checkbox"/> PTイレ・ <input type="checkbox"/> おむつ) 移動 <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 見守り・ <input type="checkbox"/> 介助 補助具(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 杖・ <input type="checkbox"/> 歩行器・ <input type="checkbox"/> 車椅子・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー)	
リハビリテーション		単位 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1~2単位 <input type="checkbox"/> 3単位以上	患者が希望するADL(_____) 家族が希望するADL(_____)
リハビリテーション		内容 <input type="checkbox"/> リハビリ添書参照 <input type="checkbox"/> 添書なし → 内容(_____)	
退院希望先	<input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> 施設 (_____) → 調整の進捗状況(_____)		
オリエンテーション	<input type="checkbox"/> 地域包括ケア病棟への入院期間についてについて、60日を限度としていることを患者・ご家族へ説明し了解を得ている。		