

記入日: _____年_____月_____日

転院申込書 (病院名 _____)

(ふりがな) 氏名:	性別 男・女	生年月日 T・S・H・R _____年 _____月 _____日
住所	自宅電話番号: _____ ()	
主病名 (発症日)	(_____年 _____月 _____日)	既往歴 合併症
病室の種類	1.個室(トイレあり:132000円 / トイレ無し: 11000円) 2.大部屋 部屋が満床の場合は差額部屋にご案内させていただきます ※差額部屋には、冷蔵庫とテレビ視聴料が含まれています	

身体状況	
感染症	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
麻痺	<input type="checkbox"/> あり(部位: _____ 程度: _____) <input type="checkbox"/> なし
荷重制限	<input type="checkbox"/> あり(期間・状態: _____) <input type="checkbox"/> なし
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 簡単な会話・指示が理解できる <input type="checkbox"/> 不可 <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 ・ 中度 ・ 重度) <input type="checkbox"/> なし
精神状態	<input type="checkbox"/> 不穏あり【 _____ 】 <input type="checkbox"/> なし
問題行動	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 徘徊 暴言 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 ・ 補聴器使用すれば聞こえる) <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"/> 経管栄養 (鼻腔 ・ 胃瘻) 栄養剤:朝 _____ ml 昼: _____ ml 夜: _____ ml 水分 :朝 _____ ml 昼: _____ ml 夜: _____ ml
食形態	<input type="checkbox"/> 主食 (米飯 ・ 粥 ・ ミキサー) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 副食 (常食 ・ キザミ ・ みじん ・ ミキサー) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> トロミ あり ・ なし <input type="checkbox"/> 制限食あり(_____) ・ なし <input type="checkbox"/> 摂取量(_____)
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(_____) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ(要介助 ・ 不要) <input type="checkbox"/> オムツ (日中 ・ 夜間 ・ 終日 ・ RHパンツ・尿パット) <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 便・尿意 (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"/> 要見守り <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 車イス (自走 ・ 介助) <input type="checkbox"/> 移乗(自立 ・ 介助)
立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不能
体動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 要体交
座位保持	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 背もたれあれば可能 <input type="checkbox"/> 不可能
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
清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
睡眠	<input type="checkbox"/> いびき _____ 睡眠薬の常用 <input type="checkbox"/> あり(_____) <input type="checkbox"/> なし
リハビリ	単位数・内容(_____)
FIM又はBI	点数(_____)

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(吸引 _____ 回/日 _____ 時間毎) <input type="checkbox"/> なし
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: _____)
	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
急変時の対応	<input type="checkbox"/> CPR (希望範囲 _____) <input type="checkbox"/> DNAR

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 本人・家族の希望(_____)
介護認定	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 ケアマネージャ <input type="checkbox"/> あり(氏名 _____ 様) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援(1 2) <input type="checkbox"/> 要介護(1 2 3 4 5)
保険情報	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 労災 <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
身障手帳	<input type="checkbox"/> 身(_____ 級) <input type="checkbox"/> 精(_____ 級)
他施設への 申し込み状況	① _____ (平成 _____ 年 _____ 月) ② _____ (平成 _____ 年 _____ 月)
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) _____ (連絡先) _____
家族面接時の来院者(続柄) 氏名: _____	(続柄) (_____)
当院への移動手段	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 救急車 <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