

# 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 年 月 日		
住所			電話番号： ( )		
主病名 (発症日)			既往歴		
病室の希望	<input type="checkbox"/> 個室 トイレあり:13200円(税込) / トイレ無し: 11000円(税込) 2. 大部屋 ※大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。				

<b>身体状況</b>					
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	コルセット	<input type="checkbox"/> あり( ) <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 徘徊 暴言 不潔行動 昼夜逆転 声だし その他( ) <input type="checkbox"/> なし				
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		

<b>ADL情報</b>					
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 その他: ml 水分 :朝 ml 昼: ml 夜: ml その他: 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 ・ 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( ) ・ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 摂取量( )				
	<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 ・ 自立 ) <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 (製品)				
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				
体位変換	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
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 <input type="checkbox"/> 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( )				

<b>医療行為</b>	
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( $\text{L}/\text{m}$ 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: <input type="checkbox"/> なし
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
透析	<input type="checkbox"/> あり (曜日 ) <input type="checkbox"/> なし
急変時の対応	<input type="checkbox"/> CPR (希望範囲 ) <input type="checkbox"/> DNAR

<b>退院後の方針</b>		
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 ケアマネージャー <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"/> 自倍 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他( )	
限度額認定証	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) <input type="checkbox"/> 知( 級)	
他施設への 申し込み状況	① ( 年 月) ② ( 年 月)	
経済状況	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ( )	
家族問題	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ( )	
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( )	

<b>備考</b>