

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。	

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 <input type="checkbox"/> なし
荷重制限	<input type="checkbox"/> あり (期間・状態:) <input type="checkbox"/> なし <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	
聽覚障害	<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 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()	
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 ・ 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()	

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(リットル/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

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() <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> キーパーソン(続柄) 氏名 <input type="checkbox"/> 連絡先 (自宅) <input type="checkbox"/> 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