

( 共通 ) 入院相談シート

記入日:

宛先医療機関 □( )宛て

□あじさい病院 □愛宕病院 □昭和会病院 □十善会病院 □田上病院 □長崎病院 □南長崎クリニック

基本情報	ふりがな 氏名			紹介元	病院 施設名			
	生年月日	M・T・S・H	年 月 日生( )才		連絡先	TEL	FAX	
	住所				担当者			
	傷病名			リハ病名		リハ起算日	/	
	転院目的	□検査・治療 □リハビリ □療養 □緩和 □看取り □レスパイト □その他( )						
	希望病室	□多床室 □2人部屋(十善会病院) □個室(昭和会病院、愛宕病院、田上病院療養はチェック不可)						
日常生活事項	1)意思の伝達 □できる □時々できる □ほとんどできない □できない			治療 関連 事項	1)医療機器 □有 □無 【人工呼吸器 機種: 】 【バイパップ 機種: 】 【シーパップ 機種: 】 【酸素吸入 L/min 】 【気管切開 カニューレの種類: サイズ 】 *吸引 □有【 回/日】 □無 *インスリン □有 □無			
	2)移動 □独歩 □杖 □歩行器 □車椅子 □ベッド上 □自立 □見守り □一部介助 □全介助				2)感染症 □有 □無 □未検査 【□MRSA □HBs □HCV □CD( )□ESBL( ) □その他の感染症( )】			
	3)栄養 □経口摂取【食種/形態: 】 【□アレルギー・禁: 】 【□トロミ要 □その他: 】 摂取方法: □自立 □セッティング後自立 □一部介助 □全介助 *摂取量 □10割 □7~8割 □5割 □2~3割 □数□ □経管栄養【内容: 】 【注入回数 水分量: 】 注入方法: □経鼻 □OE法 □腸ろう □胃ろう □中心静脈栄養【挿入部位: 】 □末梢輸液 □皮下輸液				3)褥瘡 □有 □無 【部位: DESIGN-R: 点】 処置方法: マットレス: 】			
	4)排泄 □トイレ【□自立 □介助】 □尿器【□自立 □介助】 □ポータブルトイレ【□自立 □介助 □終日 □夜間のみ】 □オムツ □膀胱留置カテーテル □導尿 □膀胱ろう □腎ろう □人工肛門				保険 関連 事項	1)健康保険・公費 □社保 □国保 □後期高齢 □生保 □原爆(19.86) □指定難病 □福祉医療 □労災 □その他( )		
	5)麻痺 □有【部位: 】 □無					2)介護認定 □有 □無 □総合事業 【□要支援1 □2 □要介護1 □2 □3 □4 □5】 【居宅事業所: 】 【ケアマネジャー: 】 *申請中【□新規 □区変 □更新】申請日( / )		
	6)認知症 *認知症高齢者の日常生活自立度 【□正常 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M】 *問題行動 □有 □無 【□失見当識 □大声 □暴言 □徘徊 □暴力行為 □睡眠(薬剤 □有 □無 ) □その他( )】 *検査 □有【 点数 点】 □無				今後 の 方向 性	1)今後の方向性 □在宅 □本人と家族の意見が異なる □決定していない □施設【□申込済(施設名 ) □申込未】 □緩和ケア病棟予約済 □その他( )		
	7)抑制 □有 □無 種類【□ミトン □ロンパース □抑制帯 □車椅子ベルト □柵固定 □離床センサー 種類: 】 【□常時 □夜間のみ □栄養注入時 □点滴施行時 □車椅子乗車時 】					その他	2)家族背景 □キーパーソン【 続柄: 】 住所 □市内 □市外 □同居【: 】 □独居 □かかりつけ医【: 】 *その他コミュニケーション、視力、聴力、告知状況、医療処置・点眼薬・整形外科疾患の場合はギプス・シーネの固定期間について記載をお願いします。	