

# 転院依頼票

依頼先 : \_\_\_\_\_ 依頼日 : \_\_\_\_\_  
 依頼元 : \_\_\_\_\_ 転院相談担当者: \_\_\_\_\_ 連絡先: \_\_\_\_\_

フリガナ					
患者氏名	性 別	生 年 月 日	( 歳)		
住所					電話番号
病名					
診療科	病棟	主治医	入院日	現在の居室	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 大部屋
病状・経過	手術日:				
転院希望病棟	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 一般病棟 <input type="checkbox"/> 回復期リハビリ病棟 <input type="checkbox"/> 地域包括ケア病棟 <input type="checkbox"/> 療養病棟				
家族構成	キーパーソン(相談者)氏名: _____ 様 連絡先: _____				
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助( <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 ) <input type="checkbox"/> 全介助				
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他( )				
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( )				
リハビリ	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施( <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST )   リハビリの内容: _____   開始日: _____				
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 検査未実施 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> HBS <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA 検出部位: _____ )				
麻痺・拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 )   拘縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位 _____ )				
意思疎通	<理解> <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ときどきできる <input type="checkbox"/> できない→( <input type="checkbox"/> 意識レベル低下 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 ) <伝達> <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ときどきできる <input type="checkbox"/> できない→( <input type="checkbox"/> 意識レベル低下 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 )				
問題行動精神症状	<input type="checkbox"/> 無 { <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> せん妄状態 <input type="checkbox"/> その他( )				
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位 _____ )				
医療処置	<input type="checkbox"/> 無 { <input type="checkbox"/> 点滴管理(IVH) <input type="checkbox"/> 点滴管理(末梢) <input type="checkbox"/> 酸素療法(流量 _____ ) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 経管栄養( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 ) <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 血液透析(実施曜日 _____ ) <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> 疼痛緩和( _____ ) <input type="checkbox"/> その他( _____ )				
介護保険	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請済(介護度 _____ )   担当CM等・事業所: _____				
社会資源等	障害手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( _____ )   相談支援事業所: _____ その他 _____				
転院後の希望	<input type="checkbox"/> 自宅退院 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他( _____ )				
患者の意向					
家族の意向					
医師の説明内容	説明日:				
備考					