【入院・転院相談表】 医療法人　平病院　TEL:0869-93-1205 FAX0869-93-1151(地域連携室)

依頼日:

特記事項			
フリガナ 患者氏名		生年月日	
病院名		担当MSW	
連絡先	(TEL)　　(FAX)		
主病名			
転院詳細	※診療情報提供書を送付ください		
退院後	・在宅退院　・療養希望　・検討中(　　) ・施設入所　申込済 (施設名:　　施設担当者:　　) ・ 申込み未申請		
医療情報			
感染症	あり ・ なし　※ありの場合 (　　)		
経管栄養	あり ・ なし (　経鼻 ・ 胃　) (栄養内容:　　)		
認知症	あり ・ なし (・徘徊 ・せん妄 ・大声 ・暴言 ・拘束 ・センサーマット ・その他)		
喀痰吸引	あり ・ なし 【 気管切開 なし ・ あり 】		
酸素	あり ・ なし (　L / 時間　)		
褥瘡	あり ・ なし (部位:　　)		
麻痺	あり ・ なし (部位:　　)		
身長・体重	身長　cm ・ 体重　kg		
ADL			
移動	・独歩 ・杖歩行(種類:　　) ・歩行器(種類:　　) ・車いす ・寝たきり		
排泄	自立 ・ 一部介助 ・全介助 [尿器 ・ ポータブルトイレ ・ 紙おしめ ・リハビリパンツ ・バルン]		
食事	自立 ・ 一部介助 ・全介助 [嚥下障害 あり ・ なし] **【食事形態】** ※総カロリー、塩分制限わかりましたらご記入お願いします。		
更衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 [・清拭 ・介助浴 ・機械浴 ・シャワー浴]		
その他情報			
転院相談期限日		転院希望日	
家族構成 (ジェノグラム)		キーパーソン	
部屋希望	個室 ・ 大部屋	一般 (￥5500)シャワー・トイレ・冷蔵庫・テレビ・ソファー付 (￥2200)2人部屋/(￥3900)トイレ付/ (￥3300) 結核 (￥4400)トイレ・冷蔵庫付 /(￥800)4人部屋 テレビ付 (￥3300)冷蔵庫付 /(￥2200)2人部屋	
介護保険について	介護度(　　) 担当ケアマネジャー: ケアマネジャー事業所: 連絡先: ※新規申請の場合は原則、主治医意見書の作成は貴院でお願いいたします。		
CSセット希望	あり ・ なし		
お支払い状況	未納あり ・ 未納なし ・ 分割払い　※ありの場合 (　　)		
延命治療の意思	DNAR ・ 希望あり　※内科患者に限る		

＊当院では人工呼吸器の使用はしておりません。緊急時も装着不可です。急性期については他院に送らせていただきます。
＊担当主治医ドクターの不在日がありますのであらかじめご了承ください。