

くすの木病院 回復期・療養転院依頼票

FAX番号: 0274 - 22 - 2288 (連携室直通)

依頼元	病院・病棟	記入日	年	月	日	
現在の入院日	年 月 日	主治医	科			
OPE日	年 月 日					
患者氏名	M・T・S 年 月 日 生(歳) 男・女					
疾患名	既往歴					
	廃用症候群の場合発症日 年 月 日					

住所	県 市 町 村	介護保険	申請中・未申請
家族状況	(家族構成)	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5
	連絡先(キーパーソン)	身体障害者手帳	
	居宅介護支援事業所		

身体状況・動作	麻痺	無・有(右上肢・左上肢・右下肢・左下肢)		
	拘縮	無・有()		
	寝返り	自・一部・全		
	立位	自・一部・全		
	坐位	自・一部・全		
	起き上がり	自・一部・全		
	移乗	自・一部・全 (車椅子・リクライニング・ストレッチャー)		
	歩行(移動)	自・一部・全 (車椅子・歩行器・杖・シルバーカー)		
	視力	正常・見えにくい(眼鏡 有・無) 見えない(全盲・左・右)		
	聴力	正常・難聴(両耳・左・右) 補聴器(有・無)		
セルフケア	排泄	尿意(+・-) 便意(+・-)		
		排尿	自・一部・全 (トイレ・Pトイレ・尿器・尿カテ・オムツ)	
	排便	自・一部・全 (トイレ・Pトイレ・尿器・オムツ)		
	食事	自(セッティング有・無)・一部・全 その他(経鼻・胃ろう・CV)		
		普通食 粥() キザミ・とろみ・ミキサー・軟菜 治療食()		
	口腔状況	むせこみ(+・-) 口腔ケア(自・一部・全 義歯(有・無)		
更衣	自・一部・全			
入浴	自・一部・全 (一般浴・機械浴・清拭)			
コミュニケーション	意思疎通	可能・時々可能・不可 ()		
	認知症	無・有 大声・徘徊・夜間不眠・独語・幻覚・幻聴・不潔行為・その他()		
	問題行動	具体的症状:		
医療状況	感染症	無・有()		
	褥瘡	無・有(部位:) 処置方法()		
	酸素	無・有(L)		
	吸引・吸入	無・有(吸引・吸入 回数約 /日)		
	急変時の対応			
	リハビリオーダー	無・有 状況:		
	抗悪性腫瘍剤	リュープリン 無・有 (ヶ月製剤) その他()		
その他治療状況等	例)インシュリン、輸液、膀胱洗浄等...		今後の方向性 自宅・施設・検討中	

可能な限り項目を埋めていただくようお願いします。

記入者