

西部総合病院 地域包括ケア病棟 依頼用紙

施設、病院名:

記載日: 年 月 日

TEL:

記載者:

FAX:

※ 可能な範囲で記載願います。

フリガナ 紹介者氏名	大正・昭和・平成 年 月 日 歳		
紹介者住所	〒 -	TEL	
主病名	当院受診歴 無 ・ 有(ID)		
入院目的	<input type="checkbox"/> 継続治療目的	リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 不要
	<input type="checkbox"/> 在宅復帰目的	家族が希望するADL	<input type="checkbox"/> 1~2単位
	<input type="checkbox"/> その他()	()	<input type="checkbox"/> 3単位以上
保険情報	(本人 ・ 家族) 国保 ・ 社保 ・ 生保 ・ その他()		
かかりつけ医	無 ・ 有 ()		
合併症 併存疾患	心疾患 () 高血圧 ・ その他 () 糖尿病【インスリン注(無・有) 自己注(可・不可)】服薬管理(可・不可) 感染症(無・有) ・ 褥瘡(無・有 : 部位 程度) 酸素投与(無・有) ・ 抗がん剤(無・有) ・ 吸引(無・有 : 回数 回)		
ADL	コミュニケーション	良 ・ 不良 ・ 困難	ナースコール(押せる ・ 押せない)
		認知症(無 ・ 軽度 ・ 中度 ・ 重度)	
		危険行為【無 ・ 有 { 不穏 ・ せん妄 ・ その他() }】	
	食事	自立 ・ 介助 { 経口 ・ 経鼻 ・ 胃瘻 ・ その他() }	
		食事の形態・内容()	嚥下障害(無 ・ 有)
	排泄	自立 ・ 見守り ・ 介助 (トイレ ・ Pトイレ ・ おむつ)	
	移動	自立 ・ 見守り ・ 介助	補助具(無 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー)
家族状況	キーパーソン 氏名: 続柄: TEL: 住所:	家族構成 住宅環境 独居 ・ 1F ・ 2F(階段 ・ エレベーター)等	
介護保険	介護度() 担当ケアマネージャー() 未申請 ・ 申請中 利用中のサービス()		
退院希望先	自宅 ・ 施設 () ・ 転院 ()		
確認事項 チェックしてください。	<input type="checkbox"/> 地域包括ケア病棟への入院は当院の状況に応じて変更する場合があります、 地域包括ケア病棟に入院する場合は、60日が限度となること【了解済み】 <input type="checkbox"/> 入院期間は病状により必ずしも60日とは限らないこと【了解済み】		
当院記載欄	入院日 : 年 月 日 時 分頃 主治医 :		

※ 貴院のご指定用紙があればそちらでも結構です。