

年 月 日

済生会呉病院
地域医療連携室 行き
(FAX : 20-0580 直通)

(ご紹介元)

医療機関名

診療科

連絡先

担当者

地域包括ケア病床の利用希望につき、下記の通り患者様の情報を送信します。

ふりがな 患者様氏名・性別	(<input type="checkbox"/> 男性 ・ <input type="checkbox"/> 女性)
住 所	※丁目・番地までのご記入は不要です。
生年月日	() 歳
保 険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険・ <input type="checkbox"/> 協会けんぽ・ <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 ・ <input type="checkbox"/> その他
	限度額適応認定証 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) ・ <input type="checkbox"/> 生活保護
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ()
当院への受診歴	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ()

介護保険			
申請の有無	認定 <input type="checkbox"/> 済 ・ <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 月 日) (訪問調査日 月 日) ・ <input type="checkbox"/> 未申請		
要介護認定	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
担当ケアマネ	事業所		氏 名
	連絡先		

ご家族の状況	
同居者	<input type="checkbox"/> 独居 ・ <input type="checkbox"/> 同居者あり (続柄:)
キーパーソン	氏名 () 続柄 ()
	別居されている場合 ご住所 ()
その他の支援者	

ご自宅(退院予定のところ)の様子	
※施設への入所を予定される場合はご記入は不要です。	
形 態	<input type="checkbox"/> 戸建 ・ <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階 ※EV <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なり) ・ 車両乗り入れ (<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可)
退院に際して不安なこと	

退院後の生活についての希望		エコマップ
患者希望	<input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> 病院 ・ <input type="checkbox"/> 施設	
家族希望	<input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> 病院 ・ <input type="checkbox"/> 施設	
当院での調整希望		
<input type="checkbox"/> 元の病院 ・ <input type="checkbox"/> 施設への調整 ・ <input type="checkbox"/> 新規入所、転院調整 <input type="checkbox"/> 本人宅への調整 ・ <input type="checkbox"/> 家族宅への調整 ・ <input type="checkbox"/> その他		

貴院での今後の受診	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり (診療科 :) (回 / か月)
かかりつけ医の有無	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり (医療機関名 :)
医療行為	
項目	有無 具体的な内容
胃瘻	(朝: 昼: 夕:)
経鼻栄養	(朝: 昼: 夕:)
CV・PICC	部位 () 挿入日 (R 年 月 日)
点滴内容	()
酸素療法	マスク・カニューレ () L SPO2 () %
喀痰吸引	() 回 / 日
褥瘡	部位 () 処置内容 ()
Ba	※交換頻度等もご記入ください。
導尿	() 回 / 日 自己管理 (<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可)
骨粗鬆症	使用薬剤 <input type="checkbox"/> フォルティオ ・ <input type="checkbox"/> テリボン ・ <input type="checkbox"/> ボンビバ ・ <input type="checkbox"/> プラリア ・ <input type="checkbox"/> その他
感染症	() 個室対応 (<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要)
その他	()

ADL	
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 ・ <input type="checkbox"/> 杖歩行 ・ <input type="checkbox"/> つたい歩き ・ <input type="checkbox"/> 歩行器 ・ <input type="checkbox"/> 車椅子 ・ <input type="checkbox"/> ベット上
食事介助	<input type="checkbox"/> 自立 ・ <input type="checkbox"/> 一部介助 ・ <input type="checkbox"/> 全介助 ・ セッティング (<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要)
食事内容	主食 <input type="checkbox"/> 米飯 ・ <input type="checkbox"/> 全粥 ・ <input type="checkbox"/> ミキサー ・ <input type="checkbox"/> とろみ ・ <input type="checkbox"/> プリン
	副食 <input type="checkbox"/> 常食 ・ <input type="checkbox"/> 軟菜 ・ <input type="checkbox"/> きざみ ・ <input type="checkbox"/> ミキサー ・ <input type="checkbox"/> とろみ ・ <input type="checkbox"/> プリン
	治療食 ()
嚥下状態	<input type="checkbox"/> 良 ・ <input type="checkbox"/> 不良
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ ・ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ ・ <input type="checkbox"/> 尿器 ・ <input type="checkbox"/> 紙パンツ ・ <input type="checkbox"/> オムツ
	<input type="checkbox"/> 自立 ・ <input type="checkbox"/> 見守り ・ <input type="checkbox"/> 一部介助 ・ <input type="checkbox"/> 全介助
清潔	<input type="checkbox"/> 浴槽 ・ <input type="checkbox"/> シャワー浴 ・ <input type="checkbox"/> 清拭
	<input type="checkbox"/> 自立 ・ <input type="checkbox"/> 一部介助 ・ <input type="checkbox"/> 全介助
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 ・ <input type="checkbox"/> 看護師 (<input type="checkbox"/> 配薬 ・ <input type="checkbox"/> 開封渡し ・ <input type="checkbox"/> 経口介助)
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> 徘徊 ・ <input type="checkbox"/> 異食 ・ <input type="checkbox"/> 介護拒否 ・ <input type="checkbox"/> 拒薬 ・ <input type="checkbox"/> 独語 ・ <input type="checkbox"/> 幻覚 ・ <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()]

リハビリ進捗状況	
元のADL	<input type="checkbox"/> ベットサイド ・ <input type="checkbox"/> 車椅子 (介助 <input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要) ・ <input type="checkbox"/> 歩行器歩行 (介助 <input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> 杖 ・ <input type="checkbox"/> 独歩 (介助 <input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要)
現在の状況	<input type="checkbox"/> ベットサイド ・ <input type="checkbox"/> 車椅子 (介助 <input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要) ・ <input type="checkbox"/> 歩行器歩行 (介助 <input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> 杖 ・ <input type="checkbox"/> 独歩 (介助 <input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要)
当面の目標	<input type="checkbox"/> ベットサイド自立 ・ <input type="checkbox"/> 車椅子自立 ・ <input type="checkbox"/> 歩行器自立 ・ <input type="checkbox"/> 杖歩行 ・ <input type="checkbox"/> 独歩

1か月～2か月程度での自宅復帰の可否 について	リハビリテーション担当者の意見

その他

転院希望日	※希望通りの調整が難しい可能性もあります。
-------	-----------------------