

転院相談申込チェック用紙

年 月 日

JCHO仙台南病院 地域連携室行

医療機関名

TEL 022(306)1740

連絡調整担当者

FAX 022(306)1741

T E L

患者氏名: (ふりがな:)

生年月日: 年 月 日 (歳) 性別: 男 ・ 女

住 所: TEL

家族構成	キーパーソン: 氏名 (続柄:) 生活状況: 一人暮らし ・ 同居 (同居家族:)
------	--

退院先希望	本人: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 () 家族: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 ()
-------	--

介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 (新規 月 日 ・ 区分変更 月 日) <input type="checkbox"/> 有り (介護度: ケアマネ: 事業所:)
------	--

サービス利用状況 ()

※お部屋の希望 → 大部屋 ・ 2人部屋(¥3,300 ・ ¥5,500) ・ 個室(浴室無 ¥7,700 ・ 浴室有 ¥13,200) 税込み ・ 生保

退院調整の進捗状況及び問題点等

※施設申込 有 () 無

現在のADL状況

食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <small>(見守り ・ セッティング)</small>	食事形態 (主食:) (副食:) 治療食 (内容:) 摂取量 () 嚥下障害 (なし ・ あり) TPN ・ PPN 胃ろうの種類 () 次回交換日 (/)
----	---	---

排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <small>(失禁 有・無)</small>	トイレ ・ ポータブル ・ 尿器 ・ リハビリパンツ ・ おむつ 膀胱留置カテーテル 人工肛門 ・ 人工膀胱 (自己管理 可 ・ 不可)
----	---	---

清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(清拭 ・ 入浴 ・ シャワー浴)
----	--	---------------------

活動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <small>(装具) (麻痺)</small>	寝返り (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助) → エアーマットレス <input type="checkbox"/> 有: 種類 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 () 立位 (自立 ・ 見守り ・ 支え ・ 不可) 移乗 (自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助) 座位保持 (自立 ・ 支え ・ 不可)
----	--	---

リハビリ実施有無	<input type="checkbox"/> 実施 → <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> 未実施 ※1日実施単位数 (単位) ・ 週 (日)
----------	---

睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠	夜間せん妄 (なし ・ あり) 眠剤の使用 (なし ・ あり) (服薬状況)
----	---	--

服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> NS管理 ()
----	--

コミュニケーション	言語障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 意志伝達 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できる時とできない時がある <input type="checkbox"/> できない 理解力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 障害あり () 問題行動 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
-----------	---

その他	酸素使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (l/分) 吸引 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (回/日) 褥瘡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位 サイズ 処置)
-----	--