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
TEL　022(306)1740
FAX　022(306)1741

医療機関名
連絡調整担当者
ＴＥＬ

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 ： □自宅　□自宅以外（　）
	家族 ： □自宅　□自宅以外（　）
介 護 保 険	□未申請
	□申請中　（ 新規　月　日 ・ 区分変更　月　日 ）
	□有り　（介護度:　ケアマネ:　事業所:

サービス利用状況（　）

※個室の希望　→ 有り ・ なし ・ 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	□自立　□一部介助（見守り ・ セッティング）　□全介助	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	□自立　□一部介助　□全介助（失禁 有・無）	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	□自立　□一部介助　□全介助	（ 清拭 ・ 入浴 ・ シャワー浴 ）
活動	□独歩　□伝い歩き　□杖 □歩行器　□車椅子　□ストレッチャー (装具　)(麻痺　)	寝返り（ 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ） → エアーマットレス □有：種類(　) □無 □ 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	□実 施 → □PT □OT □ST　□未実施 ※1日実施単位数（　単位）・週（　日）	
睡眠	□良眠　□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	□自立　□一部介助　□全介助　□NS管理（　）	
コミュニケーション	言語障害　□なし　□あり 意志伝達　□できる　□できる時とできない時がある　□できない 理解力　□問題なし　□障害あり　（　） 問題行動　□なし　□あり　（　）	
その他	酸素使用　□なし　□あり（　ℓ/分）　吸引　□なし　□あり（　回/日） 褥瘡　□なし　□あり　（部位　サイズ　処置　）	