

転院相談申し込み 確認事項

令和 年 月 日

JCHO秋田病院 地域連携室行
TEL 0185(52)3100
FAX 0185(54)1266

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 : 独居 キーパーソン: 氏名 _____ (続柄 _____)

転院目的 : リハビリ・在宅や施設への調整 療養型病院への調整 看取り
※患者・家族の意向や医師の情報から選択

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 (_____) ※ 施設申し込み <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (申込先: _____ 申込月日: / /)
介護保険:	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 (_____ / _____) 介護調査 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 (_____ / _____) 主治医意見書 提出 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 (_____ / _____) <input type="checkbox"/> あり (介護度: _____ ケアマネ: _____ 事業所: _____)

※ 部屋の希望 → 大部屋 個室(特別室 ¥6600 浴室あり ¥5500 浴室なし ¥5500 ¥3300) 税込み
退院調整の進捗状況及び問題点等

現在のADL状況

食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (見守り・セッティング) <input type="checkbox"/> 全介助 食事形態(主食: _____ 副食: _____) 治療食: _____ 摂取量 _____ 嚥下障害 (なし ・ あり) _____ 点滴 (なし ・ あり) <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> CV (_____) 胃ろうの種類(_____) 次回交換 (_____ / _____)
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 トイレ ポータブル 尿器 リハビリパンツ おむつ 膀胱内留置カテーテル 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"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー 寝返り (自立 一部介助 全介助) エアマット <input type="checkbox"/> あり(種類: _____) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他(_____) 立位 (自立 見守り 一部介助 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) 麻痺 (なし あり 部位: _____)
リハビリ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST 開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 運動器 <input type="checkbox"/> 廃用症候群 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> その他 (_____)
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"/> 看護師管理
コミュニケーション	言語障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 意思伝達 <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"/> 問題ない <input type="checkbox"/> 障害あり(_____) 問題行動 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為
その他	感染症 <input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位 _____ 種類 _____) 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 _____) その他の処置 (_____)