

長町病院 入院相談用紙

☐ 回復期リハビリテーション病棟 ☐ 地域包括ケア病床

地域連携医療相談室 TEL：022-746-5129 FAX：022-746-5145

紹介機関名：		送付日 20 年 月 日	
担当者：	部署：	TEL：	FAX：
フリガナ		生年月日	
患者氏名：	(男・女)	T・S・H	年 月 日 (歳)
主病名：	発症・受傷：	年 月 日	
	手術：	年 月 日	
病前の社会生活能力 ☐ 全く問題なかった ☐ 不自由さがあった			
ADL：			
認知：			
介護認定 ☐ 認定済(介護度： ケアマネ：) ☐ 申請中 ☐ 未申請			
<現在の状態>			
身長：	cm	体重：	kg (測定日 /) 貴院入院時 kg
食事：	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 経口摂取不可(経鼻・胃瘻・他)		
	食形態(常食・柔らか食・刻み食・ペースト食・ゼリー食・) 摂取量(割)		
排泄：	☐ トイレ(自立・一部介助・全介助) ☐ オムツ ☐ カテーテル留置		
移動：	☐ 歩行(自立・見守り・介助) ☐ 車椅子(自立・介助) ☐ 寝た切り(体位交換 要・不要)		
リハビリ：	☐ 未実施 ☐ ベッド上訓練のみ ☐ 離床訓練可(内容：)		
意識障害：	☐ 無 ☐ 有(JCS：)		
自立度：	障害 ☐ J ☐ A ☐ B ☐ C ☐ 不明		
	認知症 ☐ 正常・I ☐ II ☐ III・IV・M ☐ 不明		
精神症状：	☐ 無 ☐ 有(症状)		
身体抑制：	☐ 無 ☐ 有(状況)		
<医療処置など>			
☐ 吸引(回/日) ☐ 酸素(L) ☐ 褥瘡(部位： 処置：)			
☐ 心モニター管理 ☐ その他()			
<感染症> ☐ 無 ☐ 有 (MRSA・HBV・HCV・その他)			
<家族状況>		<家族構成図>	
☐ 独居 ☐ 夫婦2人 ☐ 子・子供夫婦と同居 ☐ 三世代以上			
☐ その他()			
本人を含む同居家族数 名			
キーパーソン(続柄： 居住地：)			
☐ 介護力あり ☐ 介護力に問題あり(介護者も高齢・病弱・日中独居など)			
<退院先希望> ☐ 自宅 ☐ 長期療養施設 ☐ 未定			
<他院申込み> ☐ 有 ☐ 無			
<保険情報> ☐ 生活保護 ☐ 労災 ☐ 自賠責 ☐ その他 ※保険情報を添付ください			
<備考>			