

転院相談シート

紹介日	年	月	日
医療機関名			
担当者			
TEL			
FAX			



東海病院

TEL : 03-3999-1131

FAX : 03-3999-7027

フリガナ		性別	年齢	生年月日	大正・昭和・平成	年
患者氏名		男・女	歳			年 月 日
住所	東京都	区		TEL		
緊急連絡先	氏名： 続柄() TEL：					

原疾患		シャント造設日	年 月 日
合併症		導入日	年 月 日
感染症	無・有()	皮膚・創処置	無・有()
認知機能など精神状態に関する問題	無・有()		
心肺停止時などの急変時の意向確認	無・有()		

<input type="checkbox"/> 外来通院 ()hHD	<input type="checkbox"/> 入院
転院希望日 月 日 ()	転院希望日 月 日 ()
希望曜日 月水金 火木土 (1部 2部 夜間)	転院目的 長期療養 レスパイト リハビリ
ベッド リクライニング ベッド	部屋希望 大部屋 2人部屋 個室
送迎	差額代 ¥0~2,200 ¥3,300~5,500 ¥7,700

ADL	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> なし
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"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> リクライニング車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー
処置	<input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう

介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請済	ケアマネ	
介護度	要支援・要介護 1・2・3・4・5	事業所	
介護施設等		訪問看護	
福祉		訪問診療	

転院調整の進捗状況・問題点