**病　院　名**

**転院希望日**　　　年　　月　　日

**記載日**　　　年　　月　　日　　**記入者**　　　　　　　　**職種**

**【患者情報】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | **生年月日**  □明治　□大正　□昭和　□平成  　　年　　月　　日　（　　　歳） | | **性別**  □男  □女 |
| **患者氏名** |  |
| **患者住所** | **電話番号** | | | |
| **連絡先**  氏名　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　）  住所  電話番号 | | | **家族構成** | |
| **疾患名** | | | **発症日**  　　　年　　月　　日 | |
| **手術**□無　□有　　手術名  　　　　　　　　　　手術日　　　　年　　月　　日 | | | | |
| **急性期入院期間**　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　日  **診療科**　　　　　　科　　主治医名 | | | | |
| **既往歴** | | | **入院前通院歴** | |

**【保険情報】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医療保険** | □後期高齢　□協会健保  □国保　□組合　□生活保護 | 保険証 | 保険者番号／  記号／  番号／ |
| 高額療養・限度額認定申請　□無　□有  身体障害者手帳　□無　□有(　種　級)  特定医療費受給者証　□無　□有 |
| **介護保険** | □未申請　□区分変更　□申請中  □要支援1　□要支援2  □要介護1　□要介護2　□要介護3 | 担当事業所名    担当ケアマネジャー名 | |

**【入院前の生活状況】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 居住地 | □在宅 | □自立　□家族介護あり  □独居　□同居(同居者　　　　　　　　　　　　　　　　)  □介護サービス利用  　□訪問看護　　/w　□訪問リハ　　/w　□通所介護　　/w  　□通所リハ　　/w　□ショートスティ　　　/月  　□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| □施設 | 施設名 |
| **経済情報** | 収入　　　　　　　円/月 | |

**【転院・転帰先】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **病状説明の理解・受け止め** | 本人 |  |
| 家族 |  |
| **包括病棟転院への理解・受け止め** | 本人 |  |
| 家族 |  |
| **転帰先予定** | □自宅　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| □施設　□未申込　□申込済（施設名　　　　　　　　担当者名　　　　） | |
| □未定 | |

**【薬剤情報】**

|  |  |
| --- | --- |
| **現在服用薬剤**  **（他院処方含）** |  |
| **服薬状況** | □自立　□一部介助　□全介助 |

**【現在の状態・日常生活動作】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **計測** | 身長　　　　cm　　体重　　　　㎏ | | | |
| **医療** | 酸素療法 | | | □無　□有（投与量　　　L/分） |
| 気管切開 | | | □無　□有 |
| サクション | | | □無　□有（　　回/日） |
| 中心静脈栄養 | | | □無　□有 |
| 透析 | | | □無　□有 |
| ストーマ処置 | | | □無　□有 |
| ドレーン | | | □無　□有 |
| インスリン投与 | | | □無　□有　1日　　回　インシュリン名  投与量　　　単位　自己注射　□可　□不可 |
| **体内金属** | □無　□有　□人口関節・骨頭　□ペースメーカー　□ICD　□人工中耳  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **感染症** | □無　□有　□HCV　□HBV　□梅毒　□MRSA　□その他（　　　　　　　） | | | |
| **血液型** | 型　Rh　□(＋)　□(－) | | | |
| **褥瘡** | □無　□有（部位　□仙骨部 □坐骨部(□左・□右) □尾骨部　□大転子部(□左・□右)  □腸骨部(□左・□右)　□踝部(□左・□右) □その他（　　　　　） | | | |
| **認知症** | □無　□有（□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□Ⅴ）  （HDS-R　　　点(実施日　　年　　月　　日)） | | | |
| **問題行動** | □無　□有（□幻視・幻覚　□妄想　□見当識障害　□昼夜逆転　□不眠・不穏  □徘徊　□独語　□介護抵抗　□暴言・暴力 | | | |
| **視力障害** | □無　□有（□右　□左　□両）疾患（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **聴覚障害** | □無　□有（□右　□左　□両）疾患（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **機能障害** | □無　□有（□片麻痺　（□右　□左）□四肢麻痺(　　　　　　)□対麻痺　□運動失調） | | | |
| **栄養管理** | 経口摂取 | □可　□不可（□経鼻　□胃ろう） | | |
| 主食 | □米飯　□全粥　□部分粥（　　粥） | | |
| 副食 | □普通　□きざみ　□ミキサー　□とろみ | | |
| 特別食 | □DM食(　　　kcal)　□高血圧食(塩分　　g)　□腎臓食　□肝臓食 | | |
| 摂取方法 | □自立　□セッティング自立　□一部介助　□全介助 | | |
| **排泄動作** | 排尿 | | □自立　□一部介助　□全介助  □カテーテル　□尿器　□導尿　□ポータブル | |
| 排尿 | | □自立　□一部介助　□全介助  □人工肛門　□ポータブル | |
| **入浴動作** | □自立　□一部介助　□車椅子　□ストレッチャー浴　□清拭 | | | |
| **更衣動作** | 上衣　□自立　□一部介助　□全介助  下衣　□自立　□一部介助　□全介助 | | | |
| **整容動作** | □自立　□一部介助　□全介助 | | | |
| **移動動作** | □独歩　□装具歩行　□杖　□歩行器　□車椅子　□ストレッチャー  □自立　□一部介助　□全介助 | | | |

**【リハビリ状況】**

|  |  |
| --- | --- |
| □未実施  □実施 | 実施リハビリ単位数　　　　　/日 |
| FIM・バーセルインデックス(別紙・総得点　　　点) |
| □理学療法　□作業療法　□言語療法　□その他(　　　　　　　　　　) |

北海道社会事業協会病院　地域医療福祉連携室

TEL　01234-21-5717　FAX　0134-21-5718　 E-mail　[kyokai.renkei@otarukyokai.or.jp](mailto:kyokai.renkei@otarukyokai.or.jp)