

転院相談検討用紙

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------|-------|----------------------|-----------|----------------|-----------------------|---------|------|-------------|
| 記入日 | R | 年 | 月 | 日 | 記入者職種 | | 記入者 | | |
| 氏名 | | 歳 | 男・女 | M・T・S・H・R | | | 年 | 月 | |
| 住所 | 〒 | | | | 電話番号 | ① | | | |
| | | | | | | ② | | | |
| 入院日 | R | 年 | 月 | 日 | ◎キーパーソン(同居・別居) | | | | |
| 入院担当科 | | | | | 様 (続柄:) | | | | |
| 病名 | | | | | ◎キーパーソン(同居・別居) | | | | |
| | | | | | 様 (続柄:) | | | | |
| 転院目的 | | | | | 家族構成 | | | | |
| 本人への病状・治療の説明 (/) 時点 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 家族への病状・治療の説明 (/) 時点 続柄: | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 今後の意向 (/) 時点 本人 ・ 家族 () | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 個室管理 | | | 無 ・ 有 (病状管理 ・ 感染対策) | | | 個室希望 無 ・ 有 | | | |
| 医療状況 □点滴 (内容/1日量:) | | | | | | | | | |
| □酸素 () | | | □吸引 () | | | | | | |
| □呼吸器() | | | □褥瘡 () | | | | | | |
| □血糖 () | | | □感染症() | | | | | | |
| □その他() | | | □エアーマットレス(無 ・ 有) | | | | | | |
| ADL状況 | | | | | | | | | |
| 麻痺 (無 有) | | | 部位 () | | | | | | |
| 食事 | 自立 | 一部介助 | 全介助 | 食事内容 | 主食()、副菜() | 食事摂取量 () 割 | | | |
| 排泄 | 自立 | 一部介助 | 全介助 | 移動 | 独歩 | 車椅子 | ストレッチャー | 移乗 | 自立 介助 |
| 清潔 | 介助浴 | 特浴 | | 更衣 | 自立 | 介助 | | 会話理解 | 可 不 認知症 無 有 |
| 体重 | (/)日測定 | ()Kg | 身長 | (/)日測定 | ()cm | | | | |
| 社会資源情報 | | | | | | | | | |
| 医療保険 | | | □国保(本・家) | | | □社保(本・家) | | | |
| | | | □組合(本・家) | | | □後期 | | | |
| | | | □生保 | | | □限度額認定証等() | | | |
| | | | □手帳等() | | | | | | |
| 介護保険 有・無・申請中【調査未済(/)日】 | | | 介護度 | | | 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 | | | |
| 担当氏名 | | | 事業所名 | | | 連絡先 | | | |
| サービス利用状況 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| その他特記事項 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |