

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
住所	〒				M・T・S・H・R	年 月 日
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)	
転院目的					様 (続柄:)	
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						