

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
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)	
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	摂取状況	
排泄	自立	一部介助	全介助	移動	独歩	車椅子
清潔	介助浴	特浴	更衣	自立	介助	ストレッチャー
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	無	有	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						

済生会三条病院記載欄						
当院ID	-	-	受付日		担当者	
主治医			検討病棟		部屋	多床室 個室
移動手段	救急車	民間救急	福祉タクシー	家族	その他 ()	