

# 転院患者情報シート

【転院目的】 リハビリ ・ 治療

年 月 日

現在の入院先	県立多治見 ・ 土岐総合 ・ 愛知医大 ・ 中部国際 ・ その他( )	依頼元相談員担当者様
--------	-------------------------------------	------------

フリガナ		性別	生年月日	年 月 日	歳
氏名	様	男・女	主病名		発症日
			当院ID ( )		

介護保険	未申請 ・ 申請中 (新規 ・ 区変) ・ 認定済	介護度 ( )	負担割合 ( 割)
	介護申請日 ( / )	認定調査日 ( / )	意見書提出日 ( / )
	【居宅介護支援事業所】	【担当ケアマネ】	TEL ( )

【入院前のサービス利用状況】	【かかりつけ医】
----------------	----------

年金	未受給 ・ 国民年金 ・ 厚生年金 ・ 障害年金	万円/月	各種手帳 有 ( ) ・ 無
----	--------------------------	------	----------------

【家族構成】	【今後の方向性】
【キーパーソン： 続柄： 】	自宅退院 ・ 施設入所

## 身体の状況

移動	歩行 (自立 ・ 見守り ・ 手引き歩行)	医療処置	NG ・ 胃ろう ・ CV ・ 末梢点滴
	杖 ・ 四点杖 ・ 歩行器		気管切開 ・ 酸素 ( )
	車椅子 (自走可 ・ 自走不可)		吸引 ( 回/日) ・ 吸入 ( 回/日)
移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	障害	導尿 ( 回/日) ・ バルーン留置 ( Fr)
寝返り	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		ストマ
起居	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		部位 ( )
座位	端座位 ・ 背もたれ (自立 ・ 介助)	褥瘡	血糖測定 ( 回/日)
立位	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		インスリン (朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 寝る前)
食事	摂取 (自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助)		言語障害 (失語 ・ 構音障害)
	嚥下 (可 ・ 見守り ・ 不可)	麻痺 (右上肢 ・ 右下肢 ・ 左上肢 ・ 左下肢)	
	食事形態：主食 ( ) 副食 ( )	褥瘡予防 エアーマット ・ 体圧分散マット その他 ( )	
排泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	褥瘡	有 ・ 無
	尿意 (有 ・ 無) 便意 (有 ・ 無)		仙骨部 ・ 臀部 ・ ( ) 大転子部 ・ 坐骨部
	昼：トイレ ・ ポータブル ・ 尿器 ・ リハパン ・ オムツ 夜：トイレ ・ ポータブル ・ 尿器 ・ リハパン ・ オムツ		( ) 腸骨部 ・ その他 ( ) 処置内容 ( )
更衣	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	認知症	有 ・ 無 HDS-R ( 点)
入浴	入浴 ・ シャワー浴 ・ 機械浴 ・ 清拭		【症状】
	意志疎通	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	危険行動
意志疎通	可能 ・ 一部可能 ・ 不可能		

当院記入欄 地域連携パス 有 ・ 無

転院日時	移動方法	搬入口	受入担当者
月 日 ( ) : 着	介護タクシー ・ 自家用車 救急車 (付き添い)	正面玄関 救急外来	PHS
( 大部屋希望 ・ 個室希望 )	独歩 ・ 車いす ・ リクライニング ・ ストレッチャー	病棟に直接案内 外来診察	

主治医	Dr	病棟	院内周知：患者情報伝達			
			<input type="checkbox"/> 主治医	<input type="checkbox"/> 病棟師長	<input type="checkbox"/> リハビリ	<input type="checkbox"/> 医事課 <input type="checkbox"/> 保険情報
リハビリ	<input type="checkbox"/> 理学療法	<input type="checkbox"/> 作業療法	<input type="checkbox"/> 言語療法			