

転院依頼票
《希望病棟》 一般病棟・回復期病棟・どちらでも（第一希望）

)

送信元：	TEL :
記載者： (職種)	記載日：

フリガナ 患者氏名				男 女	明・大・昭・平		年 月 日 (歳)			
既往歴						体格面	cm	kg		
感染症等	HCV (- +) HBS (- +) MRSA (- +) [検査:] 梅毒 (- +)									
	疥癬 (年 月頃) 結核 (年 月頃) その他 ()									
コロナ感染歴	【無】・【有】(保健所届け出日 年 月 日) → 中等症以上(酸素吸入が必要な状態) はい・いいえ									
	貴院感染公費適用 なし・あり									
アレルギー										
移動	自立(杖 歩行器) 介助歩行 車いす(自立 介助) 移乗〔可 不可〕 担送〔寝返り 可 不可〕									
リハビリ	未実施・実施中									
	起算日： 年 月 日 (※レセプト上の起算日を記入してください。)									
	種別： <input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 運動器 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 心臓血管 <input type="checkbox"/> がん ⇒ 対象病名：									
	口廃用症候群(原疾患： 発症日： 年 月 日) (廃用診断日 年 月 日)									
	目標設定等支援・管理料の算定 あり・なし 算定開始日： 年 月 日									
本人の意欲： 口あり 口なし 口ムラあり										
栄養	自力 部分介助 全介助 (形態 主食： 副食： アレルギー等：)									
	食事摂取量 ()					食欲	あり・なし・ムラあり			
	経管栄養 (経鼻 胃瘻 その他〔 〕)					注入内容 ()				
排泄	自立 誘導 ポータブル(自立 介助) オムツ リハバイン 尿器 パルーン									
麻痺	無	有	(左上肢 右上肢 左下肢 右下肢)		拘縮	無	有	(部位：)		
視覚	支障なし	弱い	見えない 不明		聽覚	支障なし	弱い	聞こえない 不明		
言語障害	無	有	(失語 不明瞭)		意思疎通	可	時々可	困難		
認知症	無	有	もの忘れ程度 暴言暴行 介護抵抗 声出し 独語 不潔行為 幻覚幻聴 妄想							
			情緒不安定 自己抜去 [夜間帯： 良眠 せん妄 夜夜逆転傾向 眠剤服用]							
身体拘束	無	有	(抑制帯 ミトン つなぎ服 4本柵 その他：)							
褥瘡	無	有	部位： 程度： 処置： (エアマット 体圧分散 標準マット)							
医療処置	TPN 末梢点滴 酸素(ℓ) 吸引(約回/日) その他()									
	インシュリン(注射名・単位数) その他()									
特記事項				家族構成						

※キーパーソンは★印でお書きください

社会資源	介護保険	未申請・申請中・意見書(済・未)・訪問調査日(年 月 日)				要支援(1・2)	要介護(1・2・3・4・5)			
	障害者手帳	無	有	(等級・障害名：)						
	その他減額証等	無	有	(名称・該当区分：)						
保険情報	□後期高齢	□社保	□国保	□生保	□労災	□自賠	負担割合	□1割	□2割	□3割
	□難病	無・有	・	申請中	病名()	△レセプトの適応		難病適応・適応外		
今後の方向性	自宅	希望する時期() 本人の身体状況等()								
	施設入所	申し込み	未	済み	(施設名：)					
	病院転院	申し込み	未	済み	(病院名：)					