

大原医療センター 転院申込書

ver. I

申込日：令和 年 月 日

大原医療センター 地域連携相談室 行

TEL 024-554-2417 (直通)

FAX 024-554-2436 (専用)

紹介元施設：

TEL：

FAX：

※診療情報提供書を添えてお申込みください。

担当者：

ふりがな		性別		M・T・S・H
患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所				
健康保険	国保・後期高・協けん・組合・共済・生保・事故・労災			
	大原医療センター受診歴 有・無・不明			
病 名		発症年月日	年 月 日	
		手術年月日	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 脳血管疾患・脊髄損傷発症又は手術後 2か月以内 <input type="checkbox"/> 大腿骨、骨盤、脊柱、股関節、膝関節の骨折又は手術後 2か月以内 <input type="checkbox"/> 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有し、手術後又は発症後 2か月 <input type="checkbox"/> 大腿骨、骨盤、脊柱、股関節、膝関節の神経・筋・靭帯損傷後 1か月以内 <input type="checkbox"/> 股関節または膝関節の置換術後 1か月以内				
身 長	cm		体 重	kg
症 状	麻痺	無・有		褥瘡
		右：上肢・下肢 左：上肢・下肢		
		失語症 無・有		嚥下障害 無・有
認 知 症	認知症 (症状)	無・有		不 穩 (症状)
感 染 症	MRSA +・-・未検査 部位()		緑膿菌 +・-・未検査 部位()	
	疥癬 +・-・未検査 部位()		その他()	
医 療 行 為	尿カテーテル 無・有		経管栄養チューブ 無・有	
	胃瘻チューブ 無・有		人工肛門 無・有	
	酸 素 無・有()		吸 引 無・有	
	その他：			
リハビリ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST 伝 達 事 項： リハビリのゴール：			

A D L	歩行 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()	
	認知症自立度 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 非該当	
	食事形態 主食 () 食) 副食 () 食) 経管栄養食 ()	
	排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿カテーテル	
	睡眠 良・不眠 睡眠剤 無・有 ()	
社会資源	退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
	障害手帳 無・有 () 障害 () 級)・申請中	
	介護認定 無・有 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)・申請中・区分変更中	
	担当居宅 無・有 () 担当者: ()	
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 () 人暮らし) <input type="checkbox"/> その他 ()	
	主介護者 無・有 (患者との続柄:) 介護体制 無・有 ()	
	キーパーソン 無・有 (患者との続柄:)	
入院説明	患者・家族への入院説明 無・有 家族の理解力 無・有	
総合評価	<input type="checkbox"/> 在宅復帰が望めます。環境因子も良好。 <input type="checkbox"/> 在宅復帰が望めますが、環境因子にやや不安。 <input type="checkbox"/> 長期にわたる病院・施設入所を要する状態と思われま。環境因子は良好。 <input type="checkbox"/> 長期にわたる病院・施設入所を要する状態と思われま。環境因子に不安有り。 <input type="checkbox"/> 寝たきり。環境因子に不安有り。	
看護問題点	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者・家族の病識に対する認識、受診内容 ● 患者家族の問題点 (家屋状況を含む) ● 家族の協力体制 	家族構成 (ジェノグラム)
備考	転院の希望先 回復期リハビリ病棟 ・ 地域包括ケア病棟	

医療センターチェック欄

医師 病棟 リハ MSW 地連 医事課 可 (入院日 /) 否