

山形ロイヤル病院 転院依頼票

(FAX : 0237-43-8227)

送信先：山形ロイヤル病院 地域医療連携室 行

住所：山形県東根市大森二丁目3-6

TEL：0237-43-8226 (連携室・相談室直通)

TEL：0237-43-8080 (病院代表)

送信元：

TEL： - -

記載者：(職種) (氏名)

記載日： 令和 年 月 日

フリガナ				性別		生年月日	年	月	日 (歳)
氏名	殿								
住所						電話	-	-	
病名									
既往歴									
経過									
体格面	cm	kg	性格面・職業歴						
移動	<input type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 () ※移乗： <input type="checkbox"/> 担送 ※寝返り：								
リハビリ	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施中 (疾患名： 算定種別： 発症日：)								
	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST (内容：)								
栄養	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (形態主： 副：) アレルギー：								
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他： 注入内容 ()								
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> ホール (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> バルーン								
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢)					拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位：)		
視覚	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 不明					聴覚	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> 聴こえない <input type="checkbox"/> 不明		
言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 不明瞭)					意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> 困難 ()		
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 物忘れ程度 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 声出し <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 自己抜去 <input type="checkbox"/> その他 ()								
夜間帯	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転傾向 <input type="checkbox"/> 眠剤服用								
身体拘束	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 体幹ベルト <input type="checkbox"/> 抑制帯 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> つなぎ服 <input type="checkbox"/> センサーマット <input type="checkbox"/> 転倒むし <input type="checkbox"/> 4本柵)								
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位・程度： 処置： <input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> 体圧分散 <input type="checkbox"/> 標準マット)								
感染症	HCV (検) HBs (検) MRSA (【検材： 】 検) TPHA (検)								
医療処置	<input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 酸素 (ℓ) <input type="checkbox"/> 吸引 (約 回/日) <input type="checkbox"/> 気管切開 (物品名：)								
	<input type="checkbox"/> イブuprofen (注射名：) <input type="checkbox"/> 疥癬・結核 (頃) <input type="checkbox"/> その他 ()								
特記事項									

家族構成			キーパーソン：	(<input type="checkbox"/> 同世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯)
			主介護者：	(<input type="checkbox"/> 同世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯)
社会資源	介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請・更新中 要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)		
	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (事業所・担当者名：)		
	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (等級・障害名：)		
	その他減額証等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (名称・該当区分：)		
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	申込： <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 (施設名：)		
	病院転院	申込： <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 (病院名：)		
	未定	理由： <input type="checkbox"/> 長期入院希望 <input type="checkbox"/> 施設入所困難 <input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> その他 ()		

※その他必要に応じ、処方薬・検査結果等の資料添付をお願いいたします。