

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  
TEL：0237-43-8226（連携室・相談室直通）  
0237-43-8080（病院代表）

送信元：（職種）（氏名）

TEL：- - 記載日：令和 年 月 日

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |       |                |                                                                                                                   |      |          |   |  |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------|---|--|
| フリガナ   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |       |                |                                                                                                                   |      |          |   |  |
| 氏 名    | 殿                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 性別                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 生年月日  | 年 月 日（ 歳）      |                                                                                                                   |      |          |   |  |
| 住 所    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |       |                |                                                                                                                   | 電話   | - -      |   |  |
| 病 名    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |       |                |                                                                                                                   |      |          |   |  |
| 既往歴    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |       |                |                                                                                                                   |      |          |   |  |
| 経 過    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |       |                |                                                                                                                   |      |          |   |  |
|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |       |                |                                                                                                                   |      |          |   |  |
|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |       |                |                                                                                                                   |      |          |   |  |
| 体 格 面  | cm kg（ 時点 ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |       | 性 格 面<br>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 { <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"/> リハパン <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 留置カテ                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |       |                |                                                                                                                   |      |          |   |  |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |       | 言語障害           | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 不明瞭 ） |      |          |   |  |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |       | 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<br><input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 自己抜去 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転傾向 <input type="checkbox"/> その他（ ） |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |       |                |                                                                                                                   |      |          |   |  |
| 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"/> IPマット <input type="checkbox"/> 体圧分散 <input type="checkbox"/> 標準マット ）                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |       |                |                                                                                                                   |      |          |   |  |
| 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"/> イソリリ （ 注射名： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |       |                |                                                                                                                   |      | 疥癬<br>結核 | 頃 |  |
| 感 染 症  | HCV（ 検 ） HBs（ 検 ） MRSA（ 【 検材： 】 検 ） TPHA（ 検 ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |       |                |                                                                                                                   |      |          |   |  |
| 特記事項   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |       |                |                                                                                                                   |      |          |   |  |
| 家族構成   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | キーパー： | 氏名：            | （ <input type="checkbox"/> 同世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯 ）                                                     |      |          |   |  |
|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |       | 続柄：            |                                                                                                                   | 連絡先： | - -      |   |  |
| 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： ）                                                                                                                                                                                                      |  |       |                |                                                                                                                   |      |          |   |  |
|        | 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 | 転院後の希望                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 自宅退院 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 未定（ <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（ ）                                               |  |       |                |                                                                                                                   |      |          |   |  |
|        | 患者の意向                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |       |                |                                                                                                                   |      |          |   |  |
|        | 家族の意向                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |       |                |                                                                                                                   |      |          |   |  |
|        | 医師の説明内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 説明日：                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |       |                |                                                                                                                   |      |          |   |  |

※その他、処方薬・検査結果等の資料添付もお願いいたします。