

転院相談チェックリスト

I D		当院対応者		
相談日	年 月 日 曜日	紹介元		
フリナガ	<input type="checkbox"/> 男	医療機関		
患者名	様 <input type="checkbox"/> 女	紹介元医師	医師	
生年月日	T S H 年 月 日 歳	保 険	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保	
住 所	県 市 町		<input type="checkbox"/> その他 ()	
入院日		転院の目的	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> 退院支援	
病 棟		リハビリ	<input type="checkbox"/> 呼吸器リハ【起算日: ()】	
診断名			<input type="checkbox"/> 脳血管リハ【起算日: ()】	
			<input type="checkbox"/> 運動器リハ【起算日: ()】	
			<input type="checkbox"/> その他 ()	
かかりつけ医		退院後の行き先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ()	
ADL・身体状況		処 置		
移動・移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	酸 素	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 流量 () ℓ	
	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー		<input type="checkbox"/> カニューラ <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> 気管切開	
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 見守り		点滴・注射	<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 種類 () ※3
	食事形態	主食 () 副食 ()	インスリン	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		<input type="checkbox"/> 治療食 ()		<input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> 皮下
	摂取量			<input type="checkbox"/> その他 ()
	経管栄養	<input type="checkbox"/> 有 種類 ()	透 析	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> インスリン名 ()		
嚥下状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 不良		単位数 ()	
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	胃 瘻	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 曜日 ()	
	<input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 交換日 ()	
清 潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	褥 瘡	種類 () サイズ ()	
	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位 ()	
更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排 泄	処置内容 ()	
			<input type="checkbox"/> BL () Fr 交換日 ()	
精神科受診	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (精神科薬30日分処方持参)	排 泄	<input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> ストーマ	
他科受診	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 受診日 ()	その他		
	診療科名 ()	医療区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ()	
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> センサー	家族構成	キーパーソン:	
	<input type="checkbox"/> 周辺症状 ()		何人暮らし:	
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中・更新中			
	<input type="checkbox"/> 介護度 ()			
	<input type="checkbox"/> 期限 () ~ ()			
	<input type="checkbox"/> 居宅介護事業所 ()			
個室希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
病状説明	本人・家族			
	理解 ()			
DNAR	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未確認			

※1太枠以外をご記入ください

医療法人清和会 長田病院

※2診療情報提供書（血液データ・服薬情報含む）画像データ（CD-R or ファイル）のFAXをお願いします。

※3人工呼吸器使用の場合は、設定内容（実測値）の経過表も一緒にFAXをお願いします。