

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