

送信先	留萌市立病院 医療連携室 行き	送信元	名称		
	TEL : 0164-49-1011 (内線 1030)		TEL	- -	担当者
	FAX : 0164-42-1735		FAX	- -	

地域包括ケア病棟に入院を希望される理由

急性期治療は終了したがもう少し経過観察が必要
 一定期間リハビリテーションが必要
 すぐに在宅や施設に移行することに不安
 自宅からのレスパイト入院
 その他 ()

紹介患者基本情報

※医療機関からのご紹介の場合は、「診療情報提供書」の添付をお願いいたします。

フリガナ		性別	生年月日				年齢	
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	歳	
患者住所				患者電話番号	- -			
家族氏名	キーパーソン :			家族の続柄				
家族住所				家族電話番号	- -			
入院日	平成	年	月	日	主治医			
病名				感染症	<input type="checkbox"/> 検査無 <input type="checkbox"/> 検査有			
				HBs		HCV		MRSA
既往歴及び治療中の疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他			身長	cm	体重	kg	
	()			認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
継続治療(処置等)				<input type="checkbox"/> 創傷処置(褥瘡) <input type="checkbox"/> 尿道留置カテ Fr <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他 ()			看護必要度A項目の有無及び内容	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(以下にチェックをお願いします) <input type="checkbox"/> 創処置 <input type="checkbox"/> 呼吸ケア <input type="checkbox"/> 心電図モニター <input type="checkbox"/> 輸血・血液製剤 <input type="checkbox"/> シリンジポンプ <input type="checkbox"/> 専門的な処置 ()
	疾患別リハビリ	<input type="checkbox"/> 心大血管疾患リハビリテーション料 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患リハビリテーション料 <input type="checkbox"/> 廃用症候群リハビリテーション料 <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション料			<input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション料 <input type="checkbox"/> 難病患者リハビリテーション料 <input type="checkbox"/> がん患者リハビリテーション料 <input type="checkbox"/> 障害児(者)リハビリテーション料			
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 平均 単位								
備考								

入院前 (ADL)	生活の場： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ()	現在の ADL	0点	1点	2点
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	症状安静の指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
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	どちらかの手を胸	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
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	寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまればできる	<input type="checkbox"/> できない
		起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない
		移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り介助が必要	<input type="checkbox"/> できない
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 介助不要	<input type="checkbox"/> 介助必要	
		口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		衣類の着脱	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
意思疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()	他者への意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない時がある	<input type="checkbox"/> できない
		指示が通じる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
現在 (摂食状態)	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻) _____ Fr <input type="checkbox"/> その他 ()	危険行動	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
		日常生活機能評価合計点	/ 19点		
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 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 留置カテ _____ Fr <input type="checkbox"/> セルフカテ _____ Fr <input type="checkbox"/> その他 ()	地域包括ケア病棟入院の説明・理解について	<本人> <input type="checkbox"/> 承諾済 <input type="checkbox"/> 未承諾 (理由) 本人の希望等		
			<家族> <input type="checkbox"/> 承諾済 <input type="checkbox"/> 未承諾 (理由) 家族の希望		
介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス	※地域包括ケア病棟の入院目的と入院期間60日レスパイトの場合は10日まで			
個室部屋 (希望)	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	退院希望先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 施設 () <input type="checkbox"/> 病院 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
事業所名担当CM	事業所： Tel _____ 担当者	退院希望先			
訪問看護ST	事業所： Tel _____ 担当者				
サービス利用内容	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (以下にチェックをお願いします) <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> その他	医療保険・区分	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他 () 区分：		
		身体障害者手帳・精神障害者保険福祉手帳・難病受給者証の有無	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	精神障害者手帳
備考					