

転院相談 申込書 (包括 ・ 回復 ・ 療養 ・ 緩和)

紹介日	月	日	
医療機関名			
担当者	MSW	/ Ns	/ 他
診療科			
TEL			
FAX			



**済衆館病院
患者支援センター**

FAX: 0568-21-0837

TEL: 0568-21-0811(代表)

TEL: 0568-21-1732(直通)

- 限度額(区分:)
- 減額(区分:)
- 現役並(区分:)
- 難病 障害者
- 福祉給付金

フリガナ		年齢		大・昭・平・令	性別
患者氏名		歳	生年月日		男・女
住所	市 / 名古屋市	区 /	町	医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 共済 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> 後高 <input type="checkbox"/> 前高 (割) <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 事故

別紙添付資料に記載があれば記入不要

入院日	年	月	日
病名	(診断日 /)		
術式	(手術日 /)		
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他()		
リハビリ算定:	(脳血管/運動/呼吸器/心大/癌/廃用)		
病名	起算日	/	
※廃用の場合、廃用症候群評価表を必ず添付下さい。 今後の方向性 (在宅 / 施設 / 療養 / 未定) () 経済状況/年金受給状況等			
※部屋希望(個室 / 大部屋 / どちらでも可)			
緩和ケアご希望の方は必ずご確認の上でご相談下さい。			
病名	診断日	年	月
手術日		年	月
CVポート・胃瘻造設日	年	月	日
CART実施日	年	月	日
予後予測(~ 月単位/週単位/日単位)			
急変の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
告知状況	本人	済/未	
	家族	済/未	
本人告知未の場合のIC内容	()		
方針決定日	DNR (/)	BSC (/)	

<ADL>

食事: セッティング自立 見守り 一部介助 全介助
食形態()

移乗: 自立 見守り 一部介助 全介助
移動: 自立 見守り 一部介助 全介助
 独歩 杖 歩行器 車いす リクライニング車いす ストレッチャー

排泄: 自立 見守り 一部介助 全介助
 トイレ ポータブルトイレ オムツ 尿器 カテーテル

意思疎通: 良好 いくらか困難 困難
()

認知症状: 無 有
()

ナースコール: 押せる 押せない
抑制: 無 有
()

医療処置: 無 点滴管理(末梢 皮下)
 中心静脈栄養(カテーテル ポート PICC)
 ストマ 酸素(L) 気管切開 透析
 経鼻 胃瘻 腎瘻 腸瘻 輸血
 吸引(回/日) インシュリン(定期 スケール)
 人工呼吸器 留置カテーテル 導尿(回/日)
 疼痛管理()
 介護保険: 有() 申請中 無
 (ケアマネ:)
 障害者手帳: 有() 無
 特記事項:

家族構成 (KPの明記をお願いします。)

※下記添付資料と併せてFAXをお願い致します。

- * 診療情報提供書
- * 検査データ 感染症データ
- * 処方内容
- * ADLが分かるもの(看護サマリー等)
- * 透析の方は、診療情報提供書(透析)条件表、3日分の経過表