

医療法人宏人会 木町病院 入院相談票

記入年月日: 年 月 日

| | | | | | | |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------|------|-----|--|
| 貴施設名 | フリガナ | | ご記入者名 | ご所属 | | |
| 患者名 | 生年月日 | | 年 月 日 生まれ (歳) | 性別 | 男・女 | |
| 身長・体重 | 身長:(cm) 体重:(kg) | | | | | |
| 透析の有無 | HD (月水金・火木土) / CAPD / 一般患者 | | | | | |
| 入院目的 | | | | | | |
| 入院期間 | <input type="checkbox"/> 短期入院 <input type="checkbox"/> 中長期入院 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| 転帰先 | 自宅 / 病院() / 施設() / 未定 | | | | | |
| 介護保険 | 未 / 申請中 / 有 (支援 1・2 介護 1・2・3・4・5) | | | ケアマネ | | |
| 特別な 医療・看護 | 酸素 () | IVH | ストマ | | その他 | |
| | 褥瘡 () | 気管切開 | たん吸引(回/日) | | | |
| | インスリン(回/日) | 身体拘束 | カテーテル() | | | |
| 移動 | 独歩 / 杖歩行 / 車椅子(自走・介助) / ストレッチャー | | | | | |
| 排泄 | 自立 / 一部介助 / 全介助 | 方法 | トイレ / ポータブル / 尿器 / オムツ / 導尿 / 管留置 | | | |
| 食事 | 自立 / 一部介助 / 全介助 | 方法 | 経口 / 経鼻 / 胃瘻 / 点滴 / IVH / 絶食 | | | |
| 感染症 | 無 / 有 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| 認知症 | 無 / 有 I / II / III / IV / M | | | | | |
| 問題行動 | 無 / 有 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> HD 中の不穏 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| 意思疎通 | <input type="checkbox"/> 問題なく可能 <input type="checkbox"/> 何とか可能 <input type="checkbox"/> 限定的に可能 <input type="checkbox"/> 不可能 | | | | | |
| その他障害 | 聴覚()・視覚()・言語()・精神() | | | | | |
| 家族状況 | 独居 / 同居(人暮らし) | 介護力 | 介護力あり / 介護力低い / 介護者不在 | | | |
| キーパーソン | 氏名: | 続柄: | 連絡先: | | | |
| 希望・要望等 | ※本人、家族、ご相談者様などからの今後の療養についての希望、要望、その他 | | | | | |

◆ 当てはまる項目すべてにチェック&記入をお願いいたします。ご不明な点は随時ご連絡ください

◆ 入院相談の際、貴院の「診療情報提供書」とともに FAX してください

木町病院 地域医療連携室 (TEL:022-224-5511, FAX:022-224-8920)