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 |  | ご記入者名 |  | ご所属 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　日 生まれ　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　歳） | 性別 | 男 ・ 女 |
| 患 者 名 |  |
| 身長・体重 | 身長：（　　　　　　　　　㎝）　　　　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 | * 短期入院 □ 中長期入院 □ 未定 　□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　（　　　　　　　　　ℓ） |  | 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 | * MRSA　　□ HBs　 □　HCV　　□　その他 （ ）
 |
| 認 知 症 | 無 / 有 | Ⅰ / Ⅱ / Ⅲ / Ⅳ / Ⅿ |
| 問題行動 | 無 / 有 | □徘徊　□大声　□介護への抵抗　□昼夜逆転　□HD中の不穏　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 意思疎通 | * 問題なく可能　 □ 何とか可能　 □ 限定的に可能 　□ 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）*