

# イムス札幌内科リハビリテーション病院 転院依頼票

( FAX : 011-683-5400 )

送信先 : 医療相談室 行  
住所 : 北海道札幌市手稲区手稲金山124番地  
TEL : 011-681-2105 (病院代表)

送信元 :	TEL :	-	-
記載者 : (職種)		(氏名)	
記載日 :	令和	年	月 日

フリガナ				性別	男・女	生年月日	年	月	日 ( 歳 )
氏名	殿								
住所						電話	-	-	
病名									
既往歴						生活状況			
経過									
体格面	cm	kg	性格面・職業歴						
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器歩行 <input type="checkbox"/> 車イス ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 )								
リハビリ	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施中 ( 疾患名 : _____ 算定種別 : _____ 起算日 : _____ )								
栄養	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (形態主 : _____ 副 : _____ ) アレルギー : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ ) <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他 : _____ ) <input type="checkbox"/> 注入内容 ( _____ )								
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> ポータブル ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 ) <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハバン <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ハルーン <input type="checkbox"/> その他								
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 )					拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位 : _____ )		
視覚	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 不明					聴覚	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> 聴こえない <input type="checkbox"/> 不明		
言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 不明瞭 )					意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> 困難 ( _____ )		
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 声出し <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 自己抜去 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )								
夜間帯	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転傾向 <input type="checkbox"/> 眠剤服用								
身体拘束	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [ <input type="checkbox"/> 体幹ベルト <input type="checkbox"/> 抑制帯 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> つなぎ服 <input type="checkbox"/> セザーマット <input type="checkbox"/> クリップセザー <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) ]								
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位・程度 : _____ 処置 : _____ )								
感染症	HCV ( _____ 検 ) HBs ( _____ 検 ) MRSA ( 【検材 : _____ 】 _____ 検 ) TPHA ( _____ 検 )								
医療処置	<input type="checkbox"/> 酸素 ( _____ l ) <input type="checkbox"/> 吸引 (約 _____ 回/日) <input type="checkbox"/> 気管切開 ( 物品名 : _____ ) <input type="checkbox"/> イソリリ ( 注射名 : _____ ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )								
特記事項	-----								

家族構成						キーパーソン :	( <input type="checkbox"/> 同世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯 )		
社会資源	介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 要支援 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 )							
	ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 事業所・担当者名 : _____ )							
	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 等級・障害名 : _____ )							
今後の方向性	経済状況	<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 傷病手当 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 稼業収入 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 生保							
	本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 未定 -----							

※その他必要に応じ、処方薬・検査結果等の資料添付をお願いいたします。