

イムス札幌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	★	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"/> リハパン <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"/> センサーマット <input type="checkbox"/> クリップセンサー <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) 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：)		
	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		
今後の方向性	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 未定			
	本人・家族の意向			

※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。