日生病院　入院相談票

記入日　　年　　月　　日　　病院・施設名

記入者名

転院理由（必ずご記入ください）

在宅療養の意向　　あり ・ なし	個室希望　　あり ・ なし

基本情報	ﾌﾘｶﾞﾅ 患者氏名　　様	性 別 男 ・ 女	家族構成（キーパーソンに〇印）
	M ・ T ・ S　年　月　日生　歳		
	患者住所		
	電話番号		
	相談者名　（続柄）		
	相談者住所		
	連絡先（ｷｰﾊﾟｰｿﾝ）　（続柄）　携帯番号		

医療情報	かかりつけ医	医療機関名：
	主病名	
	意識障害	なし ・ あり［JCS：　］
	麻痺	なし ・ あり［部位：　］
	歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助　［ 杖 ・ 歩行器 ・ 車イス ・ ストレッチャー ］
	排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助　［ ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙﾄｲﾚ ・ 尿器 ・ オムツ ・ バルン ］
	食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助　［ 嚥下障害 なし ・ あり ］
	更衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	認知症	なし ・ あり［ 徘徊 ・ せん妄 ・ 大声や奇声を出す ・ その他　］
	CV	なし ・ あり
	気管切開	なし ・ あり
	喀痰吸引	不要 ・ 必要
	酸素	なし ・ あり［　L/時間］
	経管栄養	なし ・ あり［ 経鼻 ・ 胃ろう ］
	褥創	なし ・ あり［ 部位：　］
	感染症	なし ・ あり［ 種類：　］
介護情報	介護度	要支援 １ ２　要介護 １ ２ ３ ４ ５［ 未申請 ・ 申請中 ］
	居宅事業所	
	介護問題点	
	ケアマネ名	

受付日　　月　　日　　担当者名