

倉敷北病院 入院相談票

【H29年9月改定】

ご記入後、お手数ですが本用紙を直接下記FAX番号までお送りください。お返事はこちらから電話をいたします。

FAX番号： 086-426-8718

記入年月日 年 月 日

貴院名称		担当者氏名		電話	
依頼種別	検討段階・入院面談希望・()				
フリガナ 患者様氏名 (無記名可)	年齢性別 様	M・T・S ()歳	年 月 日生 男・女	住所地	Tel : ()
入院前の生活場					
医療保険	国保・社保・後期高齢・生保・その他()	身体障害者手帳	有・なし・申請中 ()級 障害部位()		
介護保険	有(要支援1・2・要介護1・2・3・4・5) なし 申請中	ケアマネジャー			
病名	【傷病名】 【既往歴】				
治療状況					
移動	独歩・杖歩行・歩行器・車椅子・ストレッチャー (自立・見守り・一部介助・全介助)				
食事	食事介助: 自立・介助必要 () 食事: 経口・経管・胃瘻・絶食 栄養内容:()	排泄	自立・一部介助・全介助 トイレ・ポータブルトイレ バルン留置・ストマ オシメ(常時・夜間のみ)		
感染症	未検査・なし・有()				
特記事項	・酸素(リットル)・点滴・IVH・人工呼吸器・気管切開 ・吸引(回/日)・吸入(回/日)・ペースメーカー・ストマ・褥瘡(箇所) ・インシュリン(回/日)・血糖チェック(有・なし)・その他() ★医療区分 1・2・3 ()				
認知症	なし・有()	問題行動	なし・有()		
コミュニケーション					
聴力	聞こえる・難聴(右・左)・補聴器使用	視力	見える・見えない()		
転院・入院の理由	退院の理由・転院を希望する理由などお書きください。				
ご本人・ご家族の今後の希望	施設・在宅・未定 []				
家族情報	同居者()・独居	面談・見学に来れるご家族	氏名: 続柄: 住所地:		
その他ご質問・ご希望等がありましたら、お書きください。					