

倉敷北病院 入院相談票

【R5年1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	M・T・S 年 月 日生 ()歳 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					
意識障害 <small>※必ずご確認 ください</small>	JCSでⅡ-3(または30)以上・GCSで8点以下の状態が2週間以上持続している 閉じ込め症候群・無動性無言・失外套症候群				
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・経鼻・胃瘻・腸瘻・絶食 食事形態 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)		
エアマット	なし・有				
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(種類:)・気管切開 ・吸引(回/日)・吸入(回/日)・ペースメーカー・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 ()				
リハビリ	なし・有	リハビリ病名:	起算日:	年 月 日	
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。					