

入院依頼票

平成 年 月 日

JR仙台病院
 地域医療連携室 宛
 〒980-8508
 仙台市青葉区五橋1丁目1-5
 TEL 022-380-2317(直通)
 FAX 022-380-2345

紹介元 医療機関名	
担当者	
TEL	
FAX	

*** 太枠内は空欄で送信下さい。 後程、電話で確認させていただきます。**

フリガナ		住所	〒		
患者さま氏名			電話	()	—
			FAX	()	—
保険者番号		記号・番号			
介護サービス事業所担当者氏名 ()		キーパーソン氏名 ()			

患者さま生年月日	年 月 日 (歳)	患者さま性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
----------	------------	--------	---

A D L	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行介助 <input type="checkbox"/> 車椅子自走 <input type="checkbox"/> 車椅子介助 <input type="checkbox"/> 寝たきり
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	食事形態	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻 ・ 胃瘻)
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 : ポータブルトイレ・オムツ・リハビリパンツ・フォーレ
	清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 : 清拭 ・ シャワー浴 ・ 入浴
医 療 情 報	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (徘徊 ・ カテーテル自己抜去 ・ 暴言 ・ 暴力 ・ その他)
	行動制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ミトン ・ センサー)
	点滴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (末梢 ・ CV ・ ポート)
	酸素投与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (リットル : カヌラ ・ マスク)
	吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (時間毎)
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
リハビリ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 現在は行っていないが転院後依頼	

そ の 他 の 情 報 等	退院先	<input type="checkbox"/> 決定している <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 居住系施設 () <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 () : 在宅復帰機能加算 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 医療機関 () <input type="checkbox"/> 不明
		<input type="checkbox"/> 未定 本人及びご家族の希望 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関
	介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 介護サービス事業所名 () ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 (訪問調査 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済)
	キーパーソン	続柄 () <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	退院後の通院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 医療機関名 ()
地域包括ケア 病棟への依頼	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> どちらでもよい	
個室希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	