

入院依頼票

JR仙台病院
 地域医療連携室 行
 〒980-8508
 仙台市青葉区五橋1丁目1-5
 TEL 022-380-2331
 FAX 022-380-2333

西暦 年 月 日

紹介元 医療機関名	
担当者	
TEL	
FAX	

* 太枠内は空欄で送信ください。後ほど電話で確認させていただきます。

フリガナ		住所	〒
名前	□男 □女		
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)		電話 () -

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"/> リクライニング又はベット		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (形態 主食: 副食: アレルギー等)		
	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻・) 注入内容(
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		
意志疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> 困難 :言語障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
認知症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (詳細:)		
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転傾向 ・眠剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		特記事項 (インスリン、歯科治療等)
行動制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ミトン・センサー・その他)		
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		
吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (約 回/日)		
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位・処置方法:)		
リハビリ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (介入: PT・OT・ST) <input type="checkbox"/> 転院後依頼		
今後の方向性	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 : 自宅系施設・老健・病院・その他 (名称:) ・申し込み <input type="checkbox"/> 未・ <input type="checkbox"/> 済 ・実態調査 <input type="checkbox"/> 未・ <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未定: 本人及びご家族の希望は <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関 ・退院時に希望する身体のイメージ等()		
家族状況		キーパーソン	続柄() <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	同居者: 円で囲む	キーパーソン等の協力状況	
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 有: 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 ・ケアマネージャー (事業所:) (担当者名:)		生活保護受給 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 申請中・区分変更中・更新中 (訪問調査 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 予定 /) (主治医意見書記載医師:)		身体障害者手帳等 (その他)
退院後の通院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 医療機関名()		
地域包括ケア病棟希望	<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
二次性骨折予防継続管理料1算定状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (算定日: 年 月 日) ※大腿骨近位部骨折症例時のみ記載をお願い致します		

※医師の情報提供書、処方箋、検査結果等の添付をお願いいたします