

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	□自立 □杖 □歩行器 □歩行介助 □車椅子自走 □車椅子介助 □リクライニング又はベット		
食事	□自立 □一部介助 □全介助 (形態 主食: 副食: アレルギー等)		
	□経口 □経管栄養(経鼻・胃瘻・) 注入内容()		
排泄	□自立 □一部介助 □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	□自立 □一部介助 □全介助 : 清拭・シャワー浴・入浴		
意志疎通	□可 □時々可 □困難 :言語障害 □無 □有 ()		
認知症状	□無 □有 (詳細:)		
睡眠	□良眠 □せん妄 □昼夜逆転傾向 ・眠剤使用 □有 □無		特記事項(インスリン、歯科治療等)
行動制限	□無 □有(ミトン・センサー・その他)		
点滴	□無 □有(末梢・CV・ポート)		
酸素投与	□無 □有		
吸引	□無 □有(約 回/日)		
褥瘡	□無 □有(部位・処置方法:)		
リハビリ	□無 □有(介入: PT・OT・ST) □転院後依頼		
今後の方向性	□自宅 □自宅以外 : 自宅系施設・老健・病院・その他 (名称:) ・申し込み □未・□済 ・実態調査 □未・□済 □未定: 本人及びご家族の希望は□在宅 □施設 □医療機関 ・退院時に希望する身体のイメージ等()		
家族状況 同居者: 円で囲む	キーパーソン	続柄() □同居 □別居	
	キーパーソン等の協力状況		
介護保険	□未申請 □有: 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 ・ケアマネジャー(事業所:) (担当者名:)		生活保護受給 □有 □無
	□申請中・区分変更中・更新中 (訪問調査 □未 □済 □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	□無 □有 医療機関名()		
地域包括ケア 病棟希望	□無 □有 □どちらでもよい	個室希望	□無 □有
二次性骨折予 防継続管理料1 算定状況	□無 □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