

紹介患者連絡票

奥州市総合水沢病院

【紹介元医療機関】

医療連携室 行

名称

Tel0197-25-3833(内線257)、Fax0197-25-4012(直通)

ふりがな		性別	生年月日
患者氏名		男 女	明・大 昭・平 年 月 日 (歳)
住所			
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月頃 科)		

主病名 : _____ 発症日 : _____ 年 月 日

1.リハビリテーション 無 有 (PT・OT・ST) 起算日 : _____ 年 月 日
算定区分：脳血管・運動器・呼吸器・廃用・がん リ開始日： _____ 年 月 日
目標設定等支援・管理料：無 有 (算定日： _____ 年 月 日)

2.コミュニケーション 不可・会話・単語・うなずき・筆談・その他 ()

3.認知症 無 有 (軽度 中等度 重度)

4.問題行動 昼夜逆転 暴言 暴力 大声を出す 落ち着きがない 目が離せない 徘徊
介護抵抗 不潔行為 異食 自傷他傷 性的迷惑行為 その他 ()

5.抑制 無 有 (ミトン・ベッド柵・体動センサー・その他 ())

6.感染症 無 有 (内容： _____ 検出部位： _____)

7.医療処置 無 有 (点滴・IVH・CVポート・吸引 (回/日)・気管切開 ()
ストマ・人工呼吸器・酸素 (ℓ)・医療用麻薬 ())

8.褥瘡 無 有 (部位/大きさ： _____ 処置内容/頻度： _____)
エアーマットの使用：無 有 (エアーマット ・ 体圧分散マット)

9.栄養 経口摂取 ・ 経鼻経管 ・ 胃瘻
食事形態： _____ 摂取量： 全量 ・ 2/3 ・ 半量 ・ 少量

10.食事 自立 見守り 一部介助 全介助

11.排泄 トイレ ポータブルトイレ 差込便器 フォーレ () ストマ オムツ
自立 見守り 一部介助 全介助

12.移動 独歩 杖歩行 シルバーカー歩行 車椅子 リクライニング車椅子 寝たきり
自立 見守り 一部介助 全介助

13.今後の方向性 (予定退院先) 自宅 その他 ()

14.保険情報 後期高齢者 国保 社保 労災 生保

15.介護認定 無 (未申請・申請中) 有 (介護度： _____)
居宅介護支援事業所： _____ 担当ケアマネ： _____

16.障害者手帳 無 有 ()

17.家族状況 独居 高齢者世帯 家族同居 (人)
キーパーソン： _____ (続柄： _____)

18.個室希望ですか？
はい (3,300円 ・ 5,500円) いいえ
※ベッド状況により、希望に添えない場合があります。

記入日：令和 _____ 年 月 日 記入者： (職名) _____ (氏名)

・紹介の際は、本票の他に「医療保険情報」と「診療情報提供書」を併せてFAX願います。

