

# 転院希望患者情報シート

	相談日	年	月	日
患者氏名	様			
生年月日	M・T・S・H	年	月	日
本人住所・電話	Tel			
病院名・担当科・紹介医	病院名( )		科	Dr
主疾患・その発症期月日	主病名( )		発症日	年 月 日
既往歴				
手術名・手術日	手術名( )		発症日	年 月 日
連絡先	担当者殿氏名( )		様	Tel

患者の状況(ADLの状態と家族状況)	
移動	ベッド(ベッド挙上坐位・端坐位) 移乗(自立・監視・軽介助・中介助・重介助)
	歩行(自立・監視・手引き・杖・歩行器)
食事	自立・セッティングのみ・見守り声かけ・一部介助・全介助 自助食器 経管栄養(胃瘻・経鼻)
	* 食事内容(食種: 主: 副: 特記: )
排泄	自立・トイレ(自立・監視・介助)・尿器(介助: 要・不要)
	紙パンツ・オムツ・留置バルーン 尿意( +・曖昧・ - )
保清	自立入浴(見守り: 要・不要) 入浴介助 特殊浴 清拭(自立・介助)
障害の有無	運動マヒ (有・無) 部位 ( )
	誤嚥 (重・中・軽・無)
	気管切開 (有・無)
	日常生活の自立度 (自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2)
認知症の有無	有・無 具体的症状( )
不隠の状態	有・無 不隠の状況( )
褥瘡の有無	有・無 部位( ) 大きさ( ) 状態( )
リハビリテーションの意欲	有・無
感染症	MRSA (有・無・未) 感染源・状況( )
	疥癬 (有・無・未) 部位・状況等( )
	HBs (有・無・未) HCV (有・無・未)
介護認定	有・無・申請中 (要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5) 担当ケアマネ( )
身障者手帳	有・無・申請中 (等級 級 種 障害名 )
家族状況	入院前の生活状況 同居・独居・施設利用( )・その他( )
	キーパーソン 配偶者・子・親・その他( ) キーパーソン名( )
	在宅への受入れ見込み 可能・困難 施設希望
	家族図 <span style="float: right;">現在の内服状況についてご記入ください</span>

\* お手数ですが、可能な範囲でご記入お願いいたします。

地方独立行政法人  
くらて病院  
〒807-1312 福岡県鞍手郡鞍手町大字中山2425-9  
TEL 0949-42-1231  
FAX 0949-42-4391