

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。

