吉田病院 入院・転院相談患者受付票

記載年月日：令和　　年　　月　　日

紹介目的	□自宅復帰に向けての加療　　□長期療養（在宅介護困難） □その他（　　）		
患者氏名（ふりがな）		生年月日 （年齢）	年　　月　　日 （　　歳：男・女）
病名			
現病歴			
既往歴		精神状況（行動面での対応の必要性の有無等） ※認知症自立度：	
処方薬の内容			
医療処置等	・経管栄養：無　有（胃ろう・腸ろう・経鼻） 【栄養の内容：　　】 ・末梢点滴：無　有　・中心静脈栄養：無　有　・吸引：無　有（回数　/日） ・酸素：無　有（　　）・気管切開：無　有　・吸入：無　有 ・褥瘡：無 有(部位:　　DESINE:　　処置内容:　　)		
主な日常生活動作能力等	・移動（　　）　・排泄（　　） ・移乗（　　）　・入浴（　　） ・食事（　　）　・意思疎通（　　） ※摂食・嚥下障害の評価（　　） 身長（　　cm）　体重（　　kg）　体重測定日：　月　日		
家族構成並びに家族の意向等	家族構成	特記（本人・家族の意向、介護力等） ※キーパーソン：	
要介護認定	未・申請中（ 申請年月日：　年　月　日 ） 認定済み（ 要介護・要支援　1・2・3・4・5 ）		
ケアマネージャー	無・有（所属：　　氏名：　　）		
福祉制度の利用（権利擁護等含）	・障害者手帳　無・有　（身体・療育・精神）　　級 ・難病等の医療費助成 無・有（疾患名：　　） ・その他（　　）		
記載者からのコメント			

記載者氏名(職種)：　　（　　）　所属：

連絡先電話番号：