

# 小島病院入院相談票（地域連携室・本人家族記入用）

施設名 \_\_\_\_\_

記入日: H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

記入者 \_\_\_\_\_

<b>基本情報</b>	フリガナ									
	患者氏名	様 男・女		西暦	年	月	日生( )才			
	患者住所	福山市・府中市								
	電話番号	( )								
	相談者名	様 男・女		続柄:						
	相談者住所	福山市・府中市								
連絡先	( )									
<b>医療情報</b>	入院年月日	H	年	月	日	～	寝たきり度・・・J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2			
							認知度・・・I IIa IIb IIIa IIIb IV M			
	かかりつけ医									
	主病名									
	意識障害	無 ・ 有 [JCS: I 1 ・ 2 ・ 3 II 10 ・ 20 ・ 30 III 100 ・ 200 ・ 300 ]								
	麻痺	無 ・ 有 [部位: ]								
	歩行	自立	一部介助	全介助	[ 杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー ]					
	排泄	自立	一部介助	全介助	[ ポータブルトイレ・尿器・オムツ・管留置 ]					
	食事	自立	一部介助	全介助	むせ: 有 ・ 無					
	入浴	自立	一部介助	全介助						
認知症(必ず)	無 ・ 有 [ BPSD必ず症状を記載:[徘徊 大声を出す ] ]									
C V	無 ・ 有									
気管切開	無 ・ 有									
喀痰吸引	無 ・ 有									
酸素	無 ・ 有									
経管栄養	無 ・ 有 [経鼻 ・ 胃瘻 ]									
床ずれ	無 ・ 有 [部位: ]									
感染症	無 ・ 有 [種類: ]									
<b>介護情報</b>	要介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 / 未申請 / 申請中					家族構成(キーパーソンに☆印)			
	居宅事業所									
転入院理由/意向は在宅or施設? (必ず記入下さい) 個室希望 有 ・ 無										

**小島病院入院判定会** ※これより下は記入しないでください。

<b>第一次判定:</b> H _____ 年 _____ 月 _____ 日 病床運用連絡会 ・ 合同カンファレンス 受入: 可 ・ 不可 [理由: _____ ]	入院決定日 H _____
<b>第二次判定:</b> H _____ 年 _____ 月 _____ 日 面談 受入: 可 ・ 不可 [理由: _____ ] 申込: 済 ・ 未 [科: _____ 担当医: _____ ]	入院日 H _____