

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 _____

基本情報	<small>フリガナ</small> 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	(_____)		
医療情報	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 _____]	
	人工呼吸器	無 ・ 有 [モード: _____ レンタル業者: _____]	
	C V	無 ・ 有	
気管切開	無 ・ 有		
喀痰吸引	無 ・ 有		
酸素	無 ・ 有		
経管栄養 (注入内容)	無 ・ 有 [経鼻・胃瘻 _____] 食品・医薬品 (ラコール・エンシュア・エレンタール・ツインライン)		
床ずれ	無 ・ 有 [部位: _____]		
感染症	無 ・ 有 [種類: _____]		
介護情報	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			
金銭的問題	無 ・ 有		

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。

第一次判定: 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 _____
第二次判定: H _____ 年 _____ 月 _____ 日 面談 受入: 可 ・ 不可 [理由: _____]	入院日 H _____
申込: 済 ・ 未 [科: _____ 担当医: _____]	