

# 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： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

記入者 \_\_\_\_\_

<b>基本情報</b>	フリガナ			西暦	年	月	日生( )才	
	患者氏名	様 男・女						
	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	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: ]							
<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						
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。

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