

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 _____

基本情報	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	()												
	キーパーソン	様 男・女		続柄:										
	住所	福山市・府中市 (町迄)												
電話番号	()													
医療情報	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:]												
	点滴	無 ・ 有												
	CV・PICC	無 ・ 有												
気管切開	無 ・ 有													
喀痰吸引	無 ・ 有 頻度(回/日)													
酸素	無 ・ 有													
経管栄養 (注入内容)	無 ・ 有 [経鼻・胃瘻] 食品・医薬品名 ()													
褥瘡	無 ・ 有 [部位:]													
インスリン	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													
	ケアマネ氏名													
	身元保証人	無の場合、理由→												
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。

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