**東北医科薬科大学 若林病院　転院申込書（2枚1組）**

記入日：　　　年　　月　　日

【送信先】

【送信元】

医療機関名：

所　在　地：

調整担当者：

TEL：

FAX：

東北医科薬科大学 若林病院

地域医療連携・相談室

住所：宮城県仙台市若林区大和町2－29－1

TEL：022‐236‐5871（直通）

FAX：022‐236‐5920（直通）

※診療情報提供書（処方内容含む）とご一緒にFAXをお願い致します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 男 ・ 女 | 生年月日 | 年　　月　　日（　 　歳） |
| 住所 |  | | | |
| 主病名 |  | | 発症日 | 年　　月　　日 |
| 手術日 | 年　　月　　日 |
| 既往歴 |  | | | |
| 転院目的 | □治療　□リハビリ　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 希望病棟 | □一般病棟　□回復期リハビリ病棟 | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 退院先 | □自宅 |  | |
| □施設 | □未定 □申込み予定 □申込み済み（施設名：　　　 　 　　　　　） | |
| □病院 | □未定 □申込み予定 □申込み済み（病院名：　　　 　 　　　　　） | |
| 家族構成 |  | | キーパーソン：  □同居　□別居 |
| 家屋状況 | ※自宅退院の場合ご記入下さい  □持家（居室：　　階）　□賃貸　　階（エレベーター□あり □なし） | | |
| 住宅改修の必要性：□あり　□なし | | |
| 介護保険 | □認定済（介護度：　　　　　　　） | | |
| □区分変更中　□申請中　□申請予定　□未申請　□必要なし | | |
| 担当者（事業所：　　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　） | | |
| 社会保障 | □身体障害者手帳　□特定医療　□生活保護　□その他（　　　　　　　　　　　） | | |
| □申請済み　□申請中　□申請予定 | | |
| 部屋希望 | □個室　□2人部屋　□大部屋　（※ご希望に添えない場合もあります）  2023年7月更新 | | |
| 移動 | □自立　□見守り　□一部介助　□全介助 | | |
| □歩行（補助具：　　　　　）□車椅子　□リクライニング車椅子　□ストレッチャー | | |
| 排泄 | □自立　□見守り　□一部介助　□全介助 | | |
| □トイレ　□車椅子トイレ　□ポータブルトイレ　□尿器　□尿カテーテル | | |
| □人工肛門　□膀胱ろう | | |
| 更衣 | □自立　□見守り　□一部介助　□全介助 | | |
| 入浴 | □自立　□見守り　□一部介助　□全介助 | | |
| □一般浴　□シャワー浴　□機械浴　□清拭 | | |
| 食事 | □自立　□見守り　□一部介助　□全介助 | | |
| □経口摂取（主食：　　　 　 副食：　　　 　制限等：　　　　　　　　　　）  （アレルギー：　　　　　　　　　　　　　 とろみ：□あり　□なし　　　） | | |
| □胃ろう　□経鼻栄養　□腸ろう（栄養剤：　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| □皮下注射　□末梢点滴　□中心静脈栄養（挿入部位：　　　　　　　　　　　　） | | |
| 意思疎通 | □会話可能　□簡単な会話程度　□話せないが理解可能　□発語なし  □難聴　　　□失語 | | |
| 高次脳　機能障害 | □記憶障害　□注意障害　□半側空間無視  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 認知症 | 認知症診断：□あり（病名：　　　　　　　　　　　）　□なし | | |
| 認知症状：□あり　□なし　（症状ありの場合は具体的な症状を記入して下さい） | | |
| 身体拘束 | □あり（□体幹ベルト □ミトン □センサー類 □4点柵 □つなぎ）　□なし | | |
| 身体症状 | 麻痺：□あり（部位：　　　　　　）（程度：　　　　　　　　　　　　）　□なし | | |
| 拘縮：□あり（部位：　　　　　　）（程度：　　　　　　　　　　　　）　□なし | | |
| 医療行為 | □気管切開　　　　　　　　　　　　□酸素（流量：　　　ℓ／min）  □吸引（頻度：　　　　　　　）　　□褥瘡（部位：　　　　　大きさ：　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　 　　　　 　　　　　 　） | | |
| リハビリ | 病名： | | |
| 起算日：　　　 年　 　月　　 日 （※レセプト上の起算日を記入して下さい） | | |
| 種別：□脳血管　□運動器　□呼吸器　□心大血管　□がん  　　　□廃用症候群（先行疾患：　　　　　　　　発症日：　　　年　　月　　日） | | |
| 単位：□PT　　単位／日 　　□OT　　単位／日 　　□ST　　単位／日 | | |
| 本人の意欲：□あり　□なし　□ムラあり | | |
| 特記事項 | 病棟での様子やリハビリ状況等を記入して下さい | | |

（ご記入いただいた個人情報は当院の診療以外の目的で使用することはありません）