

関中央病院 転院依頼 審査申込み用紙

転院の可能性については、審査・検討の上、後日ご連絡します

氏名： _____ 性別： 男 ・ 女 生年月日： M.T.S.H 年 月 日

診療科		診断名	
既往歴			
住所 & 家族構成		IC 内容 (告知等)	
麻痺	無 ・ 有 ()	拘縮	無 ・ 有 ()
医療行為	気管切開・吸引 (回/日) 酸素 (L) ・ インスリン () その他 ()	コミュニケーション 障害	無 ・ 有 ()
褥瘡	無 ・ 有 (部位 : _____ 程度 : _____)		
排泄	自立 ・ 部分介助 ・ 全介助 ・ トイレ ・ ポータブル ・ 尿器 ・ オムツ ・ 留置カテーテル		
食事	自立 ・ 部分介助 ・ 全介助 ・ 経鼻栄養 ・ 胃瘻 ・ 中心静脈栄養 ・ その他 () 食事形態 (主 : _____ 副 : _____) ・ 嚥下障害 (無 ・ 有)		
移動	自立 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー ・ その他 ()		
精神症状 (認知症)	無 ・ 有 (軽度 ・ 中度 ・ 重度) ・ 徘徊 (無 ・ 有) ・ 不眠 (無 ・ 有) 身体拘束 (不要 ・ 要 : _____) その他 ()		

1. 介護保険申請：未 ・ (要支援 1 , 2 要介護 1 , 2 , 3 , 4 , 5)

2. 障害者手帳：未 ・ (身体 , 知的 , 精神) (級) (障害名 : _____)

3. 予定退院先：自宅 ・ 老人保健施設 ・ 特別養護老人ホーム ・ 療養型病院 ・ その他 (_____)

●自宅退院の場合

どのような状態でも可能

日常生活自立度に条件付

食事自立, 更衣自立, 排尿自立, 排便自立, 歩行自立, その他 (_____) で可能

●自宅退院以外の場合、次の病院・施設の申込み状況：未 ・ (病院・施設名 : _____)