

慢性期患者入院紹介 FAX 送付票

宛先	紹介病院名
医療法人 知命堂病院 地域医療介護連携センター 宛 FAX 025-520-6008	病院 担当：様 電話： FAX： 主治医 科 医師

紹介患者状況 (年 月 日 現在)

フリガナ		性別	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日
患者氏名					
住所				電話	

主たる傷病名

☐脳卒中後遺症 ☐脳挫傷後遺症 ☐認知症 ☐パーキンソン病 ☐その他神経難病 ☐脊髄損傷
☐廃用症候群 ☐運動器不安定症 ☐悪性疾患 ☐褥瘡・皮膚潰瘍 ☐消化管機能障害 ☐老年症候群
 上記以外の疾患または具体的疾患名

副病名（併存疾患）

☐高血圧 ☐心不全 ☐心房細動 ☐糖尿病 ☐腎疾患 ☐呼吸器疾患 ☐うつ ☐神経因性膀胱
 上記以外の疾患または具体的疾患名

紹介目的

☐リハビリテーション ☐緩和ケア ☐看取り ☐皮膚疾患治療 ☐併存疾患管理・治療
☐施設入所までの待機 ☐療養（在宅又は施設での療養が困難な状態）
 その他または具体的に

意識障害：☐あり（原因疾患：☐脳卒中後遺症 ☐その他） ☐なし ☐ブレスコール
 JCS（脳卒中後遺症の場合記入必須）：☐Ⅱ - 20以下 ☐Ⅱ - 30以上
 GCS（脳卒中後遺症の場合記入必須）：☐9点以上 ☐8点以下
☐無動症（閉じ込め症候群・無動性無言・失外套症候群等）

肢体不自由：☐あり（原因疾患：☐脳卒中 ☐認知症 ☐その他） ☐なし
 坐位：☐不可 ☐可（☐保持 10 分未満 ☐保持 10 分以上）
 起立：☐不可 ☐可（☐要介助 ☐自立）
 肢体不自由による身体障害者手帳：☐あり（☐1 級 ☐2 級 ☐その他 級） ☐なし

栄養状態 身長 cm 体重 kg	食事介助	褥瘡
☐ 経口 ☐ 経鼻 ☐ 胃瘻 ☐ 腸瘻	☐ 全介助 ☐ 半介助	☐ あり（部位）
点滴	☐ セッティング ☐ 見守り	☐ なし
☐ CV（ポート ☐ 有 ☐ 無） ☐ 末梢 ☐ 皮下	☐ 自立	
気管切開	1 日吸引回数	酸素投与
☐ あり ☐ なし	☐ あり（回） ☐ なし	☐ あり ☐ なし
		不穏行動
		☐ 声出し ☐ 徘徊 ☐ 介護抵抗 ☐ 攻撃的行動
		身体拘束
		☐ なし ☐ 四本柵 ☐ 拘束衣 ☐ ミトン ☐ 胴ベルト ☐ 離床センサー（ ☐ マット ☐ 体動コール）

要介護認定 ☐なし ☐要支援 1 ☐要支援 2 ☐要介護 1 ☐要介護 2 ☐要介護 3 ☐要介護 4 ☐要介護 5

知命堂病院受診歴	☐ あり（ 年 月頃） ☐ なし
諸法関係	☐ 労災事故（公務災害） ☐ 交通事故

入院前面談の希望日（月曜日、水曜日～金曜日の 11:00 または 11:30 をお選び下さい）

第 1 希望： 月 日（☐11:00 ☐11:30） 第 2 希望： 月 日（☐11:00 ☐11:30）

その他ご要望がございましたら書き下さい