

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
<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻			<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 半介助	<input type="checkbox"/> あり（部位）
点滴			<input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> CV（ポート <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）			<input type="checkbox"/> 自立	
<input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 皮下				
気管切開	1日吸引回数	酸素投与	不穏行動	身体の拘束
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ 回） <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 声出し <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 攻撃的行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 四本柵 <input type="checkbox"/> 拘束衣 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 胴ベルト <input type="checkbox"/> 離床センサー（ <input type="checkbox"/> マット <input type="checkbox"/> 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・11:20・11:40をお選び下さい）

第1希望： 月 日（11:00 11:20 11:40） 第2希望： 月 日（11:00 11:20 11:40）

その他ご要望がございましたらお書き下さい