

転院依頼患者 情報提供書

令和 年 月 日 現在

貴病院・施設名 病棟 診療科

患者氏名 男・女 歳

住所

#1.

疾患名

#2.

発症日

#3.

手術日

術式

入院・転院依頼目的

回復期リハビリ病棟 対象 対象外

当院を退院後の計画・家族の希望など 自宅 施設 未検討 その他

医療処置 無 有 (注射 酸素 バルン その他)

その他特記事項 (個室、入院・転院の希望等)

《現在の状況》 ※病室の検討の際必要ですので、宜しければ下記情報にチェックをお願いします

一食事一 形態() 自立 一部介助 全介助 栄養 胃瘻 その他

一移動一 独歩 杖歩行 歩行器 車椅子 担送 【 自立 一部介助 全介助】

一排泄一 トイレ ポータブルトイレ 紙パンツ オムツ 【 自立 一部介助 全介助】

一保清一 入浴 機械浴 シャワー浴 全身清拭 【 自立 一部介助 全介助】

一麻痺一 (筋力低下) 無 有 (部位)

一認知症一 無 有 【 軽度 中度 重度 問題行動】

一意思の疎通一 可 不可

《その他》

○介護保険申請 未 申請中 済 【 要支援 (1・2) 要介護(1・2・3・4・5)】

○家族状況 ・介護者 配偶者 子供 独居 備考()

・介護力 良好 やや困難 困難 備考()

・在宅療養受け入れ 良好 やや困難 困難 備考()

申込日 令和 年 月 日 発信者 (所属) (氏名)



お手数をお掛け致しました。
早々に検討させて頂き、追って御連絡いたします。