

医療法人 光善会
長崎百合野病院

地域連携室 行

TEL 095-856-1234(連携室直通)

FAX 095-801-5172(連携室直通)

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

疾患名

#1.

発症日

#2.

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。