

令和 年 月 日

済生会呉病院
 地域医療連携室 行き
 (FAX: 20-0580 直通)

(ご紹介元)
 医療機関名
 診療科
 連絡先
 担当者

地域包括ケア病床の利用希望につき、下記の通り患者様の情報を送信します。

ふりがな 患者様氏名・性別	(男性・女性)
住所	※丁目・番地までのご記入は不要です。
生年月日	M T S H R 年 月 日 (歳)
保険	国民健康保険・協会けんぽ・後期高齢者医療保険・その他
	限度額適応認定証 (有・無)・生活保護
身体障害者手帳	なし・あり ()
当院への受診歴	なし・あり (内科・心療内科・外科・整形外科・皮膚科・泌尿器科・眼科・耳鼻咽喉科)

介護保険			
申請の有無	認定済み・申請中(申請日 月 日) (訪問調査日 月 日)・未申請		
要介護認定	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
担当ケアマネ	事業所		氏名
	連絡先		

ご家族の状況	
同居者	独居・同居者あり (続柄)
キーパーソン	氏名() 続柄()
	別居されている場合 ご住所()
その他の支援者	

ご自宅(退院予定のところ)の様子 ※施設への入所を予定される場合はご記入は不要です。	
形態	戸建・集合住宅(階 ※EVあり・なし) 車両乗り入れ(可・不可)
退院に際して不安なこと	

退院後の生活についての希望	エコマップ
患者希望 : 自宅・病院・施設	
家族希望 : 自宅・病院・施設	
当院での調整希望	
元の病院・施設への調整・新規入所、転院調整	
本人宅への調整・家族宅への調整・その他	

貴院での今後の受診	なし あり 診療科 () (回 / ヶ月)
かかりつけ医の有無	なし・あり (医療機関名)
医療行為	
項目	有無 具体的な内容
胃瘻	(朝: 昼: 夕:)
経鼻栄養	(朝: 昼: 夕:)
CV・PICC	部位()、挿入日(R 年 月 日)
点滴内容	()
酸素療法	マスク・カニューレ () L SPO2 ()%
喀痰吸引	()回/日
褥瘡	部位() 処置内容()
Ba	※ 交換頻度等もご記入ください
導尿	()回/日 自己管理(可・不可)
骨粗鬆症	使用薬剤 フォルテオ・テリボン・ボンビバ・プラリア・その他
感染症	()、個室対応(要・不要)
その他	()

ADL	
移動	独歩・杖歩行・つたい歩き・歩行器・車椅子・ベット上
食事介助	自立・一部介助・全介助・セッティング(要・不要)
食事内容	主食 米飯・全粥・ミキサー・とろみ・プリン
	副食 常食・軟菜・きざみ・ミキサー・とろみ・プリン
	治療食()
嚥下状態	良・不良
排泄	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・紙パンツ・オムツ
	自立・見守り・一部介助・全介助
清潔	浴槽・シャワー浴・清拭
	自立・一部介助・全介助
服薬管理	自己管理・看護師(配薬・開封渡し・経口介助)
認知症	なし あり (・徘徊・異食・介護拒否・拒薬・独語・幻覚・幻聴) (・昼夜逆転・その他())
リハビリ進捗状況	
元のADL	ベットサイド・車椅子(介助 要 ・ 不要)・歩行器歩行(介助 要 ・ 不要) 杖 独歩(介助 要 ・ 不要)
現在の状況	ベットサイド・車椅子(介助 要 ・ 不要)・歩行器歩行(介助 要 ・ 不要) 杖 独歩(介助 要 ・ 不要)
当面の目標	ベットサイド自立・車椅子自立・歩行器自立・杖歩行・独歩
1ヶ月～2ヶ月程度での自宅復帰の可否 について リハビリテーション担当者の意見	
その他	
転院希望日	※希望通りの調整が難しい可能性もあります。