

吉田病院 地域医療相談室 入院・転院相談患者受付票

記載年月日：令和 年 月 日

紹介目的	<input type="checkbox"/> 自宅復帰に向けての加療 <input type="checkbox"/> 長期療養（在宅介護困難） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
ふりがな 患者氏名	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳：男・女)	
病名			
現病歴			
既往歴	精神状況（行動面での対応の必要性の有無等） ※認知症自立度：		
処方薬の内容			
医療処置等	・経管栄養：無 有（胃ろう・腸ろう・経鼻） 【栄養の内容： 】【 ・末梢点滴：無 有 ・中心静脈栄養：無 有 ・吸引：無 有（回数 /日） ・酸素：無 有（ ） ・気管切開：無 有 ・吸入：無 有 ・褥瘡：無 有（部位： DESINE: 処置内容： ）		
主な日常生活 動作能力等	・移動（ ） ・排泄（ ） ・移乗（ ） ・入浴（ ） ・食事（ ） ・意思疎通（ ） ※摂食・嚥下障害の評価（ ）		
家族構成並びに 家族の意向等	家族構成	特記（本人・家族の意向、介護力等） ※キーパーソン：	
要介護認定	未・申請中（申請年月日： 年 月 日） 認定済み（要介護・要支援 1・2・3・4・5）		
ケアマネージャー	無・有（所属： 氏名： ）		
福祉制度の利用 （権利擁護等含）	・身体障害者手帳 無 有 等級 級 ・難病等の医療費助成 無 有（疾患名： ） ・その他（ ）		
記載者からの コメント			

記載者氏名(職種)： () 所属：

連絡先電話番号：