|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏名：** |  | | **様** | **男・女** | | | **M ･ T ･ S ･ H ･ Ｒ　 　年　　 　月　　 　日　　　　歳** | | | | | |
| **住所：** |  | | | | | | **自宅電話番号：** | | |  | | |
| **＜家族構成＞** | | | | **◎キーパーソン(同居･別居）** | | | | | | | | |
|  | | | | 様　（続柄：　 　） | | | | | | | | |
| **◎主介護者(同居・別居）** | | | | | | | | |
| 様　（続柄：　 　） | | | | | | | | |
| **病名：** |  | | | **入院担当科：** | | | |  | | | **入院日：** | **年　　　月　　　日** |
| **＜入院･治療経過＞　　情報提供書　要** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **＜説明内容及び理解状況：本人＞** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **＜説明内容：家族（続柄：　　　　　　　）＞** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **＜病状悪化時の意向＞** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **＜転院目的＞** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **＜既往歴＞** | | | | | | **＜処方＞** | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | |
| **＜医療状況＞** | | | | | | | | | | | | |
| □点滴( 　 　 　　　 　　　 　　　）　 □酸素(　 　　　　　　　　 　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| □気切( 　　　 　 　　　　　　　）　 □吸引(　 　　 　　 　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| □血糖チェック( 　　 　 　　　　）　 □その他(　　　　 　　　 　　　　　　　　 ） | | | | | | | | | | | | |
| **＜ＡＤＬ状況＞** | | 麻痺 ( 無 ･ 有 ） | | | 部位(　　 　　　） | | | | | | | |
| 食事： 自立 ･ 一部介助 ･ 全介助　　食事内容： | | | | | | | | | 摂取状況： | | | |
| 排泄： 自立 ･ 一部介助 ･ 全介助 | | | | | | | | | 排泄用品： | | | |
| 移動： 独歩 ･ 車椅子 ･ ストレッチャー | | | | | | | | | 移乗： 自立 ･ 介助 | | | |
| 清潔： 介助浴 ･ 特浴 | | | | | | | | | 更衣： 自立 ･ 介助 | | | |
| 会話： 可 ･ 不可 | | | | | | | | | 会話の理解： 可 ･ 不可 | | | |
| 問題行動： | | | | | | | | | 認知： 無 ･ 有 （ 軽 ・ 中 ・ 重／ ） | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医療保険：** | □ 国保(本･家）　　　□ 社保(本･家）　　　□ 共済(本･家） | | | | | | | | | |
|  | □ 後期高齢者 　　□ 生活保護　　 □ その他 (　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| **医療助成制度の活用状況： 無 ･ 有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | | | | | | | | |
| **介護認定：** | | | | **無 ･ 有** | | | **介護度:** | | 要支援1 ・ ２　　要介護　1 ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ | |
| **担当介護支援専門員：** | | | | |  | | | | | |
| **居宅介護支援事業所：** | | | | |  | **電話番号：** | | | |  |
| **＜サービス利用状況＞** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **＜申し込み施設＞** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **＜今後の意向＞　（本人・家族）** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **当院受診歴：** | | | **無 ･ 有** | | | **※「有」の場合…** | | **年　　　月頃** | | |
| **当院入院歴：** | | | **無 ･ 有** | | | **※「有」の場合…** | | **年　　　月頃** | | |
| **転院に際しての希望：** | | | | | **個室 ・ 大部屋 ・ その他** | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **＜その他特記事項＞** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 入院期間： | | DPC入院中　・　DPC以外（　　月　　日～） | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **記入者所属：** |  | **連絡先：** |  |
| **記入者氏名：** |  | **記入日：** | **令和　　　年　　　月　　　日** |

◎記載にあたっての留意事項

　・「入院･治療経過」「説明内容及び理解状況.本人・家族」「転院目的」

　　「既往歴」「処方」「医療状況」「今後の意向」については、

　　必ず記載して下さい。

　・記載内容は現在の情報で記載するようお願い致します。

　・転院の可否について、お時間を頂く場合がございますのでご了承下さい。

　　お急ぎの場合は「その他特記事項」欄に、その旨を記載して下さい。

　　何かご質問等ございましたら、お手数ですが下記までご連絡下さい。

|  |
| --- |
| 五泉中央病院　〒959-1825　新潟県五泉市太田４８９番地１  　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ(0250）47-8762　　　　ＦＡＸ(0250）47-8763    　地域連携室　医療ソーシャルワーカー |