

# 紹介患者連絡票（入院）

医療法人清和会 奥州病院  
地域医療連携室 行

[紹介元医療機関]  
名称 \_\_\_\_\_

ふりがな		性別	生年月日		
患者氏名		男 女	大・昭 平・令	年	月 日 ( 歳)
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(	年	月頃	)科)

主病名： \_\_\_\_\_ 発症日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

1.一般状態 身長： \_\_\_\_\_ cm、体重： \_\_\_\_\_ kg、BMI： \_\_\_\_\_ (測定日： \_\_\_\_\_ 年 月 日)

2.リハビリテーション 無 有 ⇒ PT OT ST 起算日又は手術日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

算定区分：心大血管 脳血管 廃用

運動器 呼吸器 リハビリ開始日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

目標設定等支援・管理料の算定 無 有 ⇒ 開始日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

3.意識レベル (JCS) : \_\_\_\_\_ ⇒ 意思疎通：不可 会話 単語 うなづき 筆談 他( )

4.認知症 無 有 ⇒ 中核・周辺症状等 \_\_\_\_\_

5.抑制 無 有 ⇒ ミトン ベッド柵 体動センサー その他( )

6.感染症 無 有 ⇒ 内容： \_\_\_\_\_ 検出部位： \_\_\_\_\_

7.医療処置 無 有 ⇒ D I V C V 吸引 ( \_\_\_\_\_ 回/日) 気管切開 ストマ 麻薬

人工呼吸器 酸素 \_\_\_\_\_ ℓ 透析 ⇒ 月水金 火木土 他( )

8.褥瘡 無 有 ⇒ 部位/大きさ： \_\_\_\_\_ 処置内容、頻度： \_\_\_\_\_

エアーマットの使用：有 無

9.栄養 経口摂取 経鼻経管 胃瘻 腸瘻 I V H

食事形態、内容： 主食 \_\_\_\_\_ 副食 \_\_\_\_\_

10.食事 自立 見守り 一部介助 全介助

11.排泄 自立 オムツ ストマ 尿カテ 差込便器 ポータブル

一部介助 全介助 他 \_\_\_\_\_

12.ADL \_\_\_\_\_

13.今後の方向性 (予定退院先) \_\_\_\_\_

14.介護認定 無 ⇒ (未申請 申請済) 有 ⇒ 要介護 (要支援) 居宅介護 支援事業所

15.障害者手帳 無 有 ⇒ \_\_\_\_\_

16.在宅の状況 独居 家族同居 ⇒ 同居家族： \_\_\_\_\_

同居家族以外の家族・関係者： \_\_\_\_\_

17.キーパーソン 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄： \_\_\_\_\_)

18.室料差額 (1,100円/日) について ※室料差額は、地域包括ケア病床のみ (回復期リハ病床、療養病床は無し)

説明し本人 (家族) の了承をいただいている

説明したが、了承をいただけなかった ⇒ 理由： \_\_\_\_\_

注) リハビリテーション対象の患者様は、基本的に回復期リハ病床となります。但し、病床の状況 (満床の場合等) や当該患者様の病状により、ご希望どおりの病床に入れない場合がございますので、ご了承願います。

記入日： \_\_\_\_\_ 年 月 日 記入者 職名： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_

> <入院依頼 必要書類> 以下の書類を地域医療連携室までお送りください。

『診療申込書 (紹介患者用)』『紹介患者連絡票 (入院)』『診療情報提供書』

> 内容を確認後、調整のうえご連絡致します。