

# 転院・入院調整フェイスシート

転院調整担当者:

作成年月日:

年 月 日

項目	状態					
フリガナ 患者氏名	男・女		生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳		
住所				患者ID		
病名				目的		
				手術日		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院・入所中 ( ) 転院調整担当者↓ 入院・入所日 ( 月 日 ) ( )					
介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 施設入所			家族の状況:		
	キーパーソン	名前	続柄			
介護保険	居宅介護支援事業所			ケアマネ		
	区分: <input type="checkbox"/> 申請・変更中(申請日 ) <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					
経済状況	<input type="checkbox"/> 保険等未加入 <input type="checkbox"/> その他経済的難 →事務長報告 詳細:					
	今回の疾病について <input type="checkbox"/> 労災適用 <input type="checkbox"/> 自動車保険適用					
ADL	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド搬送				
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 移動等詳記				
	排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器			
		排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテ			
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄等詳記					
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	経口	形態(粥・やわらかさ等)		治療食(DM食等)		
	経管	<input type="checkbox"/> 経鼻	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 腸ろう	注入食内容	
	点滴	<input type="checkbox"/> 末梢	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養		点滴内容	
血糖/インスリン	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ( )			<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> せん妄	
輸血	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ( )			認知能力・意識レベル・性格等詳記↓		
喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ( )					
抗癌剤・特殊な薬	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ( )					
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )					
酸素/レスピ	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ( )			入院前の状況		
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )					
その他処置	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ( )			居所	<input type="checkbox"/> 在宅 ↓施設名 <input type="checkbox"/> 施設	
急変時対応	<input type="checkbox"/> DNR <input type="checkbox"/> CPR <input type="checkbox"/> 未決定 ( )			かかりつけ医		
透析	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 転院元での曜日( )			医療機関	維持	
	導入時期 年 月				導入	
既往・経過等						
転院相談	希望部屋: <input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 個室 ( )					
転院・転棟日						