

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 <input type="checkbox"/> 拘束		
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 ()		居所	<input type="checkbox"/> 在宅 ↓施設名 <input type="checkbox"/> 施設	
その他処置	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ()				
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					