転院・入院調整フェイスシート

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	□ 在宅 □ 入院・入所中 ( ) 連絡先( ) 入院・入所日 ( )				
介護力	□ 独居 □ 家族同居	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: □ 申請・変更中(申請日) □ 要支援1 □ 要支援2 □ 未申請 □ 要介護1 □ 要介護2 □ 要介護3 □ 要介護4 □ 要介護5				
経済状況	□ 保険等未加入 □ その他難あり →事務長報告 詳細:				
	今回の疾病について □ 労災適用 □ 自動車保険適用				
ADL 移動	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助	□ 独歩 □ 杖 □ 歩行器 □ 車いす □ ベッド搬送			
ADL 移乗	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助	移動等詳記			
ADL 排泄	排尿 □ 自立 □ 一部介助 □ 全介助	□ トイレ □ Pトイレ □ オムツ □ 尿器			
	排便 □ 自立 □ 一部介助 □ 全介助	□ トイレ □ Pトイレ □ オムツ □ 留置カテ			
ADL 入浴	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助	排泄等詳記			
食事	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助				
	□ 経口 形態(粥・やわらかさ等)	治療食(DM食等)			
	□ 経管 □ 経鼻 □ 胃ろう □ 腸ろう	注入食内容			
	□ 点滴 □ 末梢 □ 中心静脈栄養	点滴内容			
血糖/インスリン	□ 不要 □ 要 ( )	□ 認知症	□ せん妄	□ 拘束	
輸血	□ 不要 □ 要 ( )	□ その他(性格など)	□ 問題なし		
喀痰吸引	□ 不要 □ 要 ( )				
褥瘡	□ 無 □ 有 ( )				
酸素/レスピ	□ 不要 □ 要 ( )	入院前の状況			
感染症	□ 無 □ 有 ( )	居所	□ 在宅 ↓施設名		
COVID19	症状 ワクチン		□ 施設		
その他処置	□ 不要 □ 要 ( )	かかりつけ医			
透析	□ 不要 □ 要 転院元での曜日( )	医療機関	維持		
	導入時期 年 月		導入		
特記					
転院相談	□ 無 □ 有→ 先生 (月 日 時 分) → □ 入院可 □ 不可				
	希望部屋: □ 大部屋 □ 個室 ( )				
転院・転棟日	月 日( ) 時 分 号室 先生				