

翠清会梶川病院 紹介受付票

患者氏名: _____ 紹介元医療機関名: _____

生年月日: 年 月 日 (歳) 担当者様: _____ (連絡先: _____)

<p><現症></p> <ul style="list-style-type: none"> ・麻痺 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有(左・右) BRS(上肢) (手指) (下肢) ・感覚障害 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有(部位:) ・失調 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有(部位:) ・構音障害 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 ・嚥下障害 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 ・高次脳機能障害 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (症状:) ・失語症 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有(症状:) ・認知症 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 HDS-R() MMSE()測定日() ・その他() <p><処置/医療行為></p> <ul style="list-style-type: none"> ・酸素 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (L/分) ・喀痰吸引 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (回/日) ・気管切開 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 ・褥瘡 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有(部位:) ・創処置 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有(部位:) ・インシュリン <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有(定期 回/日・スケール打ち) ・その他() 	<p><状態></p> <ul style="list-style-type: none"> ・身長: cm 体重: kg ・寝返り <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>何かに掴まればできる <input type="checkbox"/>できない ・移乗 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>見守り <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 ・移動 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>見守り <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 (独歩・杖歩行・歩行器・車椅子・ストレッチャー) ・食事 <input type="checkbox"/>自己摂取 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 <input type="checkbox"/>経鼻栄養 <input type="checkbox"/>胃瘻 <input type="checkbox"/>IVH <input type="checkbox"/>点滴 (食事形態: トロミ<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無) ・排泄 尿便意 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 ・リハパン <input type="checkbox"/>オムツ <input type="checkbox"/>バルン <input type="checkbox"/>導尿(回/日) ・トイレ(自立・見守り・部分介助・全介助) ・意思疎通 <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>ムラあり <input type="checkbox"/>できない ・ナースコール <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>曖昧 <input type="checkbox"/>できない ・危険行動 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (内容:) 対応策 <input type="checkbox"/>センサー(種類:) <input type="checkbox"/>身体拘束(種類:) ・その他()
---	---

<p>家族構成</p> <p>キーパーソン (様, 続柄:)</p>	<p>病前のADL、生活・サービス利用状況</p>
--	----------------------------------

<p>住環境</p>	<p>今後の方向性</p> <p><input type="checkbox"/>在宅(条件:) <input type="checkbox"/>施設() <input type="checkbox"/>未定()</p> <p>機能予後の説明</p> <p><input type="checkbox"/>患者理解 () <input type="checkbox"/>家族理解 ()</p> <p>その他希望や意向</p>
-------------------	--

<p>・リハビリ算定</p> <p>・摂食機能療法算定</p> <p>・脳卒中地域連携パス</p> <p>・保険情報</p> <p>・介護保険</p>	<p>算定病名() 起算日()</p> <p><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 開始日() ※VE・VF施行有の場合は結果を添付ください。</p> <p><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 ※有の場合は転院当日に持参をお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/>国保 <input type="checkbox"/>健保 <input type="checkbox"/>組合 <input type="checkbox"/>生保 <input type="checkbox"/>重度医療 <input type="checkbox"/>原爆 <input type="checkbox"/>労災・事故等</p> <p>限度額認定区分() その他()</p> <p><input type="checkbox"/>未申請 <input type="checkbox"/>申請中(認定調査日) <input type="checkbox"/>介護認定()</p> <p>担当ケアマネジャー()</p>
---	--

部屋希望 4人部屋 2人部屋 個室

部屋代(日額)

	4人部屋	2人部屋	個室
一般病棟	0円	3,500円	10,000円、30,000円
回復期病棟	0円	2,800円	10,000円

※当院は一般病棟を経由し回復期病棟へご案内します。

※4人部屋で備品(TV・冷蔵庫)を利用する場合は+1,100円/日。2人部屋・個室は備品(TV・冷蔵庫)設置済みです。
 ※空いた病室からご案内のため、ご希望に添えない場合もあります旨ご了承ください。

入院希望時期: _____