

予定入院 情報シート

紹介元医療機関名	
担当者名	
TEL	
FAX	

白十字リハビリテーション病院

地域医療連携課

直通TEL:092-891-2622

直通FAX:092-891-2677

◆個人情報保護のため、お名前や住所はイニシャルや一部のみの記載で構いません。

◆わかる範囲でご記入ください。必要に応じて後ほど連絡をさせていただきます。

患者名			住所	福岡市	区・	他→	
生年月日			住宅状況	一軒家	生活場所 ( 1F・2F )		
性別	男性・女性	年齢	才	マンション 階・ EV → 有・無			
希望病棟	回復期・地ケア・両方で検討可		食事内容	自立・一部介助・全介助・経管	カロリー		
退院後	自宅・施設・未定・他			嚥下問題	無・有 ところみ： 無・有		
施設戻り時	無・有→キープ期間有 ( 日間)			主食	米飯・軟飯・全粥・ミキサー・他		
	戻り条件→			副食	常菜・軟飯・一口大・刻み・ムース・他		
日常生活	移動	自立・歩行器・杖・車いす・ベット上		アレルギー	無・有→		
	移乗	できる・一部介助・見守り・できない		経鼻経管	商品名		
	寝返り	できる・一部介助・見守り・できない			白湯量		
	起上り	できる・一部介助・見守り・できない			カロリー		
	座位保持	できる・一部介助・見守り・できない			備考		
	食事	自立・一部介助・全介助・経鼻		生活背景	キーパーソン		
	意思疎通	できる・できない			家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 同居	
危険行動	無・有→		かかりつけ医				
病前レベル	生活場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設		希望部屋	大部屋・個室・大部屋→空き次第個室も可			
	ADL・環境 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 他		介護保険	無・申請済・要支援→ ・要介護→			
行医為療	無・有	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> インスリン		ケアマネ			
	<input type="checkbox"/> 酸素	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養		サービス			
	<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/>		医療保険			
排泄	自立	一部介助	全介助	Ba有	おむつ		
Ba留置	挿入日：		抜去日：		入院希望日	特になし ・希望日→	
ナースコール	可・不可 (センサーマット使用)		備考		依頼箇所	白リハ単独依頼・他院併行依頼	
感染	無・有 (データ提供希望)		【必要に応じて提供希望】				
脳血管	無・有 利き手→ 右・左		<input type="checkbox"/> 塞栓源不明脳梗塞→頸動脈エコー・頸部MRIレポート				
障害	Br.s			<input type="checkbox"/> リウマチ・がん・骨粗鬆症有→通院状況・薬有無			
	MMT			<input type="checkbox"/> 高額な薬価服用			

【FAX提供希望情報】※チェックリストに活用下さい  高額な薬価服用

- 診療情報提供書
- 検査データ (採血・画像レポート)
- 心疾患有→心疾患検査データFAX希望

ご相談ありがとうございます。