

転入院打診受付票

(No.)

受付： 年 月 日

氏名： _____ 様 打診元（ _____ 様 ）

☎： _____ () _____
 地域連携パス 有 ・ 無

1	入院の目的	回復期リハビリ ・ リハビリ ・ 療養 ・ 一般加療 備考：
2	疾患名と発症日・既往歴 *急性期入院日＝	発症日： _____ 手術日： _____ 抜糸日： _____ 疾患名： _____ 既往歴： _____
3	住所・年齢・性別	住所： _____ 年齢： _____ 歳 性別： 男 ・ 女 生年月日： _____
4	現在の状態・ADL *医療区分 I II III () *医療行為：	移動：
		食事：経口摂取：自立・一部介助・全介助 経管栄養：胃瘻・経鼻
		排泄：
		制限・禁忌事項 その他
5	認知症と高次脳機能障害の有無	認知症：有 ・ 無 高次脳機能障害：有 ・ 無
6	リハビリについて	疾患別：運・脳・廃・心・呼・他 () 起算日： _____ / リハビリオーダーの病名： _____
7	リハビリの指示が理解できるか	指示：可能 ・ 不可能 理解力：有 ・ 無
8	リハビリ適応の身体か否か	適応：有 ・ 無 コミュニケーション：可 ・ 不可
9	退院先について	在宅 ・ その他
10	金銭面での問題の有無	問題：有 ・ 無 介護保険：有・無・申請中 ()
		年金等収入： _____ 介護度： _____ CM： _____
11	キーパーソンやご家族の状況	Key： _____
12	その他の特筆すべき事項	

～以下の項目は当院で使用しますので記載しないでください～

検討結果	入院OK	一般病棟入院検討	回リハ・療養 直入検討
	入院NG ()	入院提示日	決定事項 / (:) 一般・包括・回リハ・療養

チ ェ ッ ク	<input type="checkbox"/> 薬価計算 再確認：要・不要	<input type="checkbox"/> 薬の取り寄せ： 要 ・ 不要	<input type="checkbox"/> 薬剤師入院日報告： 済 ・ 不要
	<input type="checkbox"/> MRSA：有・無・未	<input type="checkbox"/> 他感染症：有 () ・ 無	<input type="checkbox"/> 日常生活機能評価表
	<input type="checkbox"/> マット：エア・体圧分散・普通	<input type="checkbox"/> 画像請求：請求済 ・ 不要	<input type="checkbox"/> 主治医、併診医の選択
	<input type="checkbox"/> イテーク面談：要 ・ 電話 ・ 不要	<input type="checkbox"/> 起算から 1/3 の計算＝ _____ /	<input type="checkbox"/> その他：