転入院打診受付票

（№　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付：　　　　年　　月　　日

氏名：　　　　　　　　　　　　　様　　　　打診元（　　　　　　　　　　　　　　・　　　　　　　様　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　☎　：　　　　　　　（　　　　）　　　　　　　　　　　　　地域連携パス　有　・　無

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |

**～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～**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| チェック | □薬価計算　　再確認： 要・不要 | □薬の取り寄せ：　要　・　不要 | □薬剤師入院日報告：　済　・ 不要 |
| □ＭＲＳＡ： 有 ・ 無 ・ 未 | □他感染症：　有（　　　）・　無 | □日常生活機能評価表 |
| □マット：エアー・体圧分散・普通 | □画像請求： 請求済　・　不要 | □主治医、併診医の選択 |
| □ｲﾝﾃｰｸ面談：要　・　電話　・不要 | □起算から1/3の計算＝　　／ | □その他： |