

松山リハビリテーション病院 医療連携室宛

診療情報提供書とあわせて直通FAX(089)975-0603へ送信して下さい。

転院申込患者情報

連携パス(有・無)

紹介元医療機関 相談
担当者 様

Tel _____ Fax _____ 転院希望日 _____ 以降、 _____ 曜日
 申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな		性別	生年月日	歳
患者氏名	様	男・女	M・T・S・H	年 月 日
住所 <small>※別紙あれば不要</small>			TEL	
キーパーソン	氏名	続柄	TEL	
主傷病名			診断日	手術日
貴院での リハビリ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 運動器 <input type="checkbox"/> 廃用症候群 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 心大血管)			身長 _____ cm 体重 _____ kg
食事摂取 <small>※食事内容は転院直前にお問い合わせします</small>	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 経管栄養(<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻)			<input type="checkbox"/> 摂食機能療法 (開始日 _____)
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
移乗動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
排尿	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル			
排便	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ			
意識状態	<input type="checkbox"/> 明瞭 <input type="checkbox"/> 不明瞭 (JCS _____)		難聴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
医療処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 酸素吸入(_____ L/分) <input type="checkbox"/> 吸引(頻度 _____ 回/日) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 他(_____)			
発熱	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 原因(_____)			
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> 他(_____)			
問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間)			
部屋希望	<input type="checkbox"/> 4人室 <input type="checkbox"/> 2人室 <input type="checkbox"/> 個室 ※ベッド状況によりご希望に添えないことがあります			
リハビリ後の 退院希望先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 他(_____)			
その他	_____			
保険情報 <small>※別紙あれば不要</small>	保険者番号	記号番号	本人・家族負担 割	
	公費等 負担者番号	受給者番号	限度額認定	
介護保険 (分かれば)	無・申請中・要支援(_____)・要介護(_____) 事業所名 _____			担当者名