

入院相談表

紹介元()相談日(令和 年 月 日)担当者()

保険	医療	国(本家退) 健(本家退) 生保() 減額証()	
	介護	(前期 後期) 高齢者 負担() 割 難病 受給者証()	
ふりがな		介護度() 負担() 割 認定期間(~ 年 月 日) 区分変更中()	
患者氏名		男 女	生 年 月 日 年齢
患者住所		〒 (都 県) (区 市)	明治・大正 昭和・平成 西暦() 年 月 日生 歳
相談者氏名		〒	続柄
連絡先		TEL(自宅)	TEL(携帯)

病名	主病名() 既往歴()	
食事	方法	自立・一部介助・介助 経管 鼻腔・胃瘻・腸瘻 食欲 有・普・細・無
	主食	常食・全粥・流動食・とろみ 副食 普通・キザミ・ミキサ―・水分のみ
移動	歩行	自立・一部介助・介助 車いす・リクライニング車いす 自定・一部介助・介助 ベッド上
排泄	自立・一部介助・介助・リハビリパンツ・オムツ・尿管・ポータブルトイレ 尿意・便意 有・無	
意思疎通	意識レベル	清明・傾眠・昏睡 会話 可能・やや困難・困難・不可・失語
	理解力	普通・少し有・困難・不可 ナースコール 押せる・押せない
	認知症 (有・無)	大声・徘徊・拒食・暴言・暴力・物忘れ・見当識・せん妄(意識障害) 不穏・昼夜逆転・不潔行為・年相応・他()
	身体拘束	(無) 四点柵・ミトン(右・左)・抑制帯・センサー・他()
身体状況	麻痺	(無) 右上肢・右下肢・左上肢・左下肢 身長 cm 体重 kg
	視力	支障なし・見えにくい・見えない・眼鏡 聴力 支障なし・難聴(右・左)・補聴器 入歯 有・無
医療処置 (有・無)	気管切開・吸引(回/日)・褥瘡(部位 大きさ)・酸素(ℓ/分)	
感染症	IVH()・末梢点滴()・インスリン()・ストマ・感染症()	
現在	在宅	病院名・老人ホーム名 () 入院 年 月 日 現在の部屋 老人保健施設名 退院予定 年 月 日 ()

* これより下は病院担当者の記入欄となります。

摘 要(コメント)				家族構成			
相談結果 (月/日)				返事待ち (/)			
				予約 (/)			
紹介状依頼 (/)				希望病院			
入院日				病棟			
月 日()				部屋			
入院迎え				人数			
出発時間				Dr			
到着時間				区分内容			
要() 不				保証金			
時 分				入院費			
時 分				保険負担			
万				食事負担			
割							