

# 入院相談表

紹介元( ) 相談日(平成 年 月 日) 担当者( )

保険	医療	国 ( 本 家 退 ) 健 ( 本 家 退 ) 生保		
	介護	( 前期 後期 ) 高齢者 負担( ) 割 難病 減額証 受給者証( )		
介護度( ) 負担( ) 割 認定期間( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 申請中 未申請				
ふりがな		男	生 年 月 日	
患者氏名		女	明治・大正 昭和・平成	年 月 日生 歳
患者住所	〒 ( 都 県 ) ( 区 市 )			
ふりがな		TEL(自宅)		続柄
相談者氏名				
連絡先	TEL(携帯) その他			

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
	主食	常食・全粥・流動食・とろみ	副食	普通・キザミ・ミキサー・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	自走・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 箇所)・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 ( ) 老人保健施設名 ( )	入院 年 月 日 退院予定 年 月 日 ( )	現在の部屋

\* これより下は病院担当者の記入覧となります。

摘 要(コ メ ン ト)				家 族 構 成			
				KP( ) 続柄( )			
				相談結果 (月/日)	返事待ち ( / )	予約 ( / )	紹介状依頼 ( / )
入院日	病棟	部屋	人数	Dr	区分内容	医療区分	
月 日( )							
入院迎え	出発時間	到着時間	保証金	入院費	保険負担	食事負担	
要 ( ) 不	時 分	時 分	万		割		