

医療相談情報

※

確定 月 日 ()	担当医 時	Dr 分
病棟 予定		
移送手段		

受付日 R5年 月 日 (:)

相談種別 入院 受診 その他()

第一希望日 年 月 日 第二希望日 年 月 日

対象者

職業 連絡先
ふりがな 氏名 性別 生年月日 年齢 才
住所

医療保険 国保 生保 社保 その他 () 後期高齢 共済 () 社保・家族 労災当院受診歴 無 有 ID (受診時期 年 月 日)精神科通院歴 無 有 ()精神科入院歴 無 有 ()他科通院歴 既往 無 有 (高血圧・糖尿病・高脂血症・喘息・緑内障・肝疾患・腎疾患・他)

疾患情報

紹介医療機関 現在の状況 ()

主訴・疾患

現病歴・経過

精神機能 昼夜逆転 幻視 幻聴 妄想 徘徊 攻撃的行為
 不潔行為 大声 引きこもり その他 ()

睡眠状況 (就寝 : 起床 :) その他 ()

アルコール 無 有 ()喫煙 無 有 ()

身長 cm 体重 kg

栄養摂取 経口摂取: 可 不可 嚥下障害: 無 有 食事形態 ()
 経管栄養: 鼻腔 胃瘻 その他() 摂取量: kcal/日
意識 障害無 障害有 /JCS
処置 無 有 酸素吸入(L/分) 気管切開 CVカテーテル Folyカテーテル
その他 ()
感染症 無 有 HBV HCV 梅毒 MRSA (部位:)
ESBL (部位:) その他 ()
褥瘡 無 有 (部位:)
リハ/介護度

介護保険

目標設定支援管理料: 無 有 算定日 年 月 日
 認知症自立度基準: I IIa IIb IIIa IIIb IV M 無

失語症 無 有 **構音障害** 無 有
排泄 自立 見守り 一部介助 全介助(トイレ 尿器 ポータブル オムツ)
移動 自立 見守り 一部介助 全介助(車椅子歩行器シルバーカー 杖)

家族構成 キーパーソン

備考

相談者

氏名 _____ 続柄 _____ TEL _____

対応指示

- 1 (入院 受診)を承諾 ※日時・対応医師は、表記入欄へ
- 2 紹介状を持参の上、(家族 対象者)での受診後、対応決定
※日時・対応医師は、表記入欄へ
- 3 (入院 受診)を断る

SWから医師へ連絡 R5 年 月 日

担当SW _____ 指示医署名 _____

受診料 有(自費 保険) 無
 →自費の場合:説明(未 済)

和田 貴志
 田崎 真也