

必要事項をご記入の上、以下宛（入院相談担当）にFAXをしていただくようお願いいたします。

**FAX : 03-6204-9425**

TEL : 03-5547-4912 (代表)

/

:

ご依頼元 事業所・施設		TEL	
ご担当者氏名		FAX	

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ( 歳 )
氏名					

住所	〒 -				
----	-----	--	--	--	--

電話番号		聖路加 受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ID ( )
------	--	------------	---

健康保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 ( 割 ) <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 生活保護 (福祉事務所 担当ケースワーカー )
------	---

障害認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身体障がい者 ( 級 ) <input type="checkbox"/> 知的障がい者 ( 級 ) <input type="checkbox"/> 精神障がい者 ( 級 )
------	---

傷病名	
-----	--

入院前 生活環境	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 施設名称:
-------------	---

家族 構成	キーパーソン 氏名 続柄 その他家族
----------	-----------------------

介護 保険	<input type="checkbox"/> 未申請 ⇒ (申請予定 ) <input type="checkbox"/> 申請中 ⇒ (申請日 ) <input type="checkbox"/> 要支援 1 2 <input type="checkbox"/> 要介護 1 2 3 4 5 ケアマネジャー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※ご依頼元と同様の場合は記載は不要です。
	事業所名 ※
	担当者名 ※

介護 サービス 利用状況	ヘルパー (週 回)	訪問看護 (週 回)	福祉用具貸与
	訪問リハ (週 回)	デイサービス (週 回)	
	訪問入浴 (週 回)	デイケア (週 回)	その他
	訪問介護 (週 回)	ショートステイ (週 回)	

医療行為など	<input type="checkbox"/> 痰吸引 (頻度: )
	<input type="checkbox"/> 気管切開
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (タイプ: )
	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 ( )
	<input type="checkbox"/> インスリン (回数 )
	<input type="checkbox"/> ストマ
	<input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> その他の医療行為
身体情報	身長 <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> kg
嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> VF(嚥下造影)/VE(嚥下内視)の検査実施結果 ( )
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> その他 ( )
退院先予定	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 施設名称: <input type="text"/>
部屋希望	<input type="checkbox"/> 個室(2.5万円)約20㎡ バスト付 角部屋 <input type="checkbox"/> 個室(1.9万円) 約15㎡ シャワートイレ付 <input type="checkbox"/> 4人部屋(無料) ※ 複数希望、優先順位があればお知らせください。 ( )

ADL	
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位 ( ) 深度 ( ) ケア方法 ( )
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ ※詳細添付お願いいたします。
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管 ( ) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ( ) 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 治療食 ( ) ( ) kcal 塩分 ( ) g
動作	寝返り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ベッド柵 <input type="checkbox"/> 要介護
	起き上り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 柵につかまれば可 <input type="checkbox"/> 電動ベッド(自身で操作可) <input type="checkbox"/> 全介助
	座位保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	つかまり立ち <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
移動	立位 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	歩行 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
車椅子	<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
更衣	上衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	下衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> ( ) 時以降良眠 <input type="checkbox"/> 断眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転
	眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
視力障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 眼鏡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり )
聴力障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 補聴器 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり )
備考 (特記事項など)	