

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
氏名				年 月 日 (歳)

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"/> 難病 <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"/> 施設 (種別: 名称:)
-------------	--

退院先 予定	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (種別: 名称:) <input type="checkbox"/> その他
-----------	--

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・区変中 ⇒ (申請日: 認定調査:)
	<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	訪問介護 (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)	ショートステイ (月 日)	その他
	訪問診療 (月 回)		

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 ()
----------	---

医療行為など	<input type="checkbox"/> 痰吸引 (頻度:)					
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (種類:)					
<input type="checkbox"/> 酸素 (デバイス: / L)						
<input type="checkbox"/> インスリン (回数:)						
<input type="checkbox"/> 経管栄養 (種類:)						
	(栄養剤・量:)					
<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル	<input type="checkbox"/> ストマ	<input type="checkbox"/> 気管切開	<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 ()					
部屋希望	<input type="checkbox"/> 個室(2.5万円税別)約20㎡パステル付 角部屋 <input type="checkbox"/> 個室(1.9万円税別) 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など

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	動作	<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"/> 経管栄養	
	食形態	主食: ごはん ・ 全粥 ・ () 分粥 ・ ペースト粥					
		副食: 常食 ・ 一口食 ・ 軟食 ・ きざみ食 ・ ペースト食					
	制限	<input type="checkbox"/> 治療食 () () kcal 塩分 () %					
摂取量	() 割						
動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 柵につかまれば可	<input type="checkbox"/> 全介助			
	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"/> 背もたれがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可				
	つかまり立ち	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可				
	立位	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可				
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器(種類:)						
	<input type="checkbox"/> 車いす(自操 ・ 一部介助 ・ 全介助) <input type="checkbox"/> ストレッチャー						
排泄	日中	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ホータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カ
	夜間	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ホータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カ
	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
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)							