

紹介患者連絡票（入院）

医療法人清和会 奥州病院
地域医療連携室 行

[紹介元医療機関]
名称

ふりがな		性別	生年月日		
患者氏名		男 女	大・昭 平・令	年	月 日（ 歳）
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	（ 年 月頃			科）

主病名： _____ 発症日： _____ 年 月 日

1.一般状態 身長： _____ cm、体重： _____ kg、BMI： _____ （測定日： _____ 年 月 日）

2.リハビリテーション 無 有 ⇒ PT OT ST 起算日又は手術日： _____ 年 月 日

算定区分：心大血管 脳血管 廃用

運動器 呼吸器 リハビリ開始日： _____ 年 月 日

目標設定等支援・管理料の算定 無 有 ⇒ 開始日： _____ 年 月 日

3.意識レベル（JCS）： _____ ⇒ 意思疎通：不可 会話 単語 うなづき 筆談 他（ _____ ）

4.認知症 無 有 ⇒ 中核・周辺症状等 _____

5.抑制 無 有 ⇒ ミトン ベッド柵 体動セー その他（ _____ ）

6.感染症 無 有 ⇒ 内容： _____ 検出部位： _____

7.医療処置 無 有 ⇒ D I V C V 吸引（ _____ 回/日） 気管切開 ストマ 麻薬

人工呼吸器 酸素 _____ ℓ 透析 ⇒ 月水金 火木土 他（ _____ ）

8.褥瘡 無 有 ⇒ 部位/大きさ： _____ 処置内容、頻度： _____

エアーマットの使用：有 無

9.栄養 経口摂取 経鼻経管 胃瘻 腸瘻 I V H

食事形態、内容： 主食 _____ 副食 _____

10.食事 自立 見守り 一部介助 全介助

11.排泄 自立 オムツ ストマ 尿カテ 差込便器 ポータブル

一部介助 全介助 他 _____

12.ADL _____

13.今後の方向性（予定退院先） _____

14.介護認定 無 ⇒ （未申請 申請済） 有 ⇒ 要介護（要支援） 居宅介護
支援事業所

15.障害者手帳 無 有 ⇒ _____

16.在宅の状況 独居 家族同居 ⇒ 同居家族：

同居家族以外の家族・関係者：

17.キーパーソン 氏名 _____ （続柄： _____）

18.室料差額（1,100円/日）について ※室料差額は、地域包括ケア病床のみ（回復期リハ病床、療養病床は無し）

説明し本人（家族）の了承をいただいている

説明したが、了承をいただけなかった ⇒ 理由： _____

注）リハビリテーション対象の患者様は、基本的に回復期リハ病床となります。但し、病床の状況（満床の場合等）

や当該患者様の病状により、ご要望どおりの病床に入れない場合がございますので、ご了承願います。

記入日： _____ 年 月 日 記入者 職名： _____ 氏名： _____

➤ ご紹介の際は、本票の他に「診療申込書（紹介患者用）」と「診療情報提供書」を併せてFAX願います。

➤ 入院病棟については、当院の入院検討会議で検討させていただきます。