



济生会吉備病院入院依頼書
(送信先) FAX 086-287-8179
病院名 () 診療科 ()

病棟 () 担当医 () 記入者 () 記入日 ()

ID :

地域連携バス

脳卒中

大腿骨

フリガナ 氏名	生年月日		歳	男	女
患者 住所	TEL - -				
疾患名	発症 (年 月 日) 手術 (年 月 日) 入院日 (月 日) 転院可能日 (月 日)				
保険情報	国保・協けん・組合・共済・(本人・家族) 後期高齢・高齢・生保 重度医療・難病・一部負担金限度額認定 交通事故・労災				

経過・ 病状	身長 (cm) 体重 (kg)	重症度、医療・看護必要度 合計 点			
		月 日実施	0点	1点(専門的処置のみ2点)	
既往症	☐ 心疾患 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 腎疾患 ☐ 喘息 ☐ 悪性新生物 ☐ アレルギー () ☐ 感染症 (ESB L・デ ィ フ ィ シ ル・VRE・HCV・HBV・W氏) ☐ その他 ()	創傷処置、褥瘡処置	なし	あり	
		呼吸ケア(喀痰吸引のみを除く)	なし	あり	
入院前 ADL	MMSE (点) 認知症高齢者日常生活自立度 ()	注射薬剤3剤以上の管理	なし	あり	
		シリンジポンプの管理	なし	あり	
処置等	☐ 吸引 (回数:) ☐ 酸素 (L) ☐ インスリン ☐ 導尿 ☐ 褥瘡(部位 深さ) ☐ 問題行動 () ☐ 抑制 ()	輸血や血液製剤の管理	なし	あり(2点)	
		専門的な治療・処置			
食事	☐ (経口・経鼻(挿入日)・胃瘻) 食事内容: VFの実施 ()	①抗悪性腫瘍剤の管理(注射剤)	なし	あり(2点)	
		②抗悪性腫瘍剤の内服管理	なし	あり(2点)	
家族 状況	キーパーソン () 連絡先: 同居家族 ()	③麻薬の使用(注射剤)	なし	あり(2点)	
		④麻薬の内服・貼布・坐薬の管理	なし	あり(2点)	
かかり つけ医	要介護認定 ☐ 無 ☐ 申請中 (介護度:) 担当ケアマネジャー ()	⑤放射線治療	なし	あり(2点)	
		⑥免疫抑制剤の管理	なし	あり(2点)	
介護 保険	☐ 自宅 ☐ その他	⑦昇圧剤の使用(注射剤)	なし	あり(2点)	
		⑧抗不整脈剤の使用(注射剤)	なし	あり(2点)	
退院後の 方向性	◎ 部屋希望 ☐ 個室¥4,950 ☐ 2人部屋¥2,200 ☐ 多床室 ※ ご希望に添えない場合もあります	⑨抗血栓薬の持続点滴	なし	あり(2点)	
		⑩ドレージの管理	なし	あり(2点)	
備考		⑪無菌治療室での治療	なし	あり(2点)	
		日常生活機能評価 合計 点			
		月 日実施	0点	1点	2点
		床上安静の指示	なし	あり	
		どちらかの手を胸元 まで持ち上げられる	できる	できない	
		寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない
		起き上がり	できる	できない	
		座位保持	できる	支えがあれば できる	できない
		移乗	介助なし	一部介助	全介助
		移動方法	介助を 要しない	介助を要する (搬送を含む)	
		口腔清潔	介助なし	介助あり	
		食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
		衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
		他者への意思の伝達	できる	出来る時と出来ない 時がある	できない
		診療・療養上の 指示が通じる	はい	いいえ	
		危険行動	ない	ある	
(問い合わせ先) 済生会吉備病院 地域医療連携室 〒701-1334 岡山市北区高松原古才584-1 TEL 086-287-8655(代表) 2022.4作成					