

医療相談情報

※

確定 担当医 _____ Dr
予定日 月 日 () _____ Dr
予定時間 時 分 _____ Dr
病棟 予定 _____ Dr
移送手段 _____

受付日 R年 月 日

相談種別 入院 受診 その他()

第一希望日 R年 月 日 第二希望日 R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

家族構成 キーパーソン

医療保険 国保 社保 後期高齢 共済() 社保家族 労災
 生保 その他()

介護保険 無 有 区分: _____ 年 月 ~ 年 月

ケアマネ事業所() 担当(CM)

当院受診歴 無 有 ID _____ (受診時期 年 月 日)

他科通院歴 無 有

疾患情報

紹介医療機関 () 現在の状況 ()

主訴・疾患

既往 [_____]

心エコー 無 有 ホルター心電図 無 有

現病歴・経過

身長 cm 体重 kg ・熱:

意識 障害無 障害有 / JCS GCS

栄養摂取 経口摂取: 可 不可 嚥下障害: 無 有 食事形態()

(規格:新・旧) 経管栄養: 鼻腔 胃瘻 その他() 摂取量: kcal/日

- 処置 無 有 酸素吸入 (L/分) 気管切開 CVカテーテル Foleyカテーテル
 その他 ()
- 感染症 無 HBV HCV 梅毒 MRSA (部位:)
 ESBL (部位:) その他 ()
- 褥瘡 無 有 (部位:)
- 精神機能 精神科受診歴: 無 有 ()
 昼夜逆転 幻覚 妄想 徘徊 攻撃的行為 不潔行為
 大声 その他 ()
- 身体機能 MMT /5
MMT /5
MMT /5
- 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)

備考

リハビリ _____

リハ病名 _____ 起算日 R 年 月 日

目標設定支援管理料 (無 有) 算定日 ()

相談者 _____

氏名 _____ 続柄 _____ 施設 _____ TEL _____

対応指示

1 (入院 受診) 確定 ※ 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) に至らなかった

SWから医師へ連絡 R 年 月 日

担当SW _____ 指示医署名 _____

- 受診料 有 (自費 保険) 無 ※ 他院入院中の受診相談時
→ 自費の場合: 説明 (未 済) 対診依頼書 (無 有)