

FAX：022-243-4718（直通）

<<仙台赤十字病院 転院申込書>>

Ver.5

送信日：令和 年 月 日

仙台赤十字病院 地域医療連携室 〒982-8501 仙台市太白区八木山本町2丁目43-3 TEL 022-243-1111(代表) FAX 022-243-4718(直通)		医療機関名 電話番号 FAX番号 連絡担当者名	
フリガナ 氏 名	男 ・ 女	生年月日	大・昭 平・令 年 月 日(歳)
住 所	〒		電話番号：
傷病名			
転院種別	☐ 地域包括ケア病棟申込 ☐ 救急患者連携搬送(下り搬送) ☐ その他転院		
貴院入院日	令和 年 月 日	救急患者連携搬送料1算定 ☐ あり ☐ なし	
入院希望日	令和 年 月 日	※有料個室 希望する ・ 希望しない	
希望入院期間	日間	当院受診歴	あり ・ なし
診療情報	認知症	無 ・ 有：(徘徊・自己抜去・介護抵抗・転倒転落・声だし・暴言・暴力)・せん妄・精神疾患()	
	危険行動	無 ・ 有：ミトン ・ センサー ・ 四点柵 / 特記症状()	
	言語障害	無 ・ 有：何とか可能 ・ 不可能 ・ その他⇒()	
	視力障害	無 ・ 有：右 ・ 左 ・ その他⇒()	
	聴力障害	無 ・ 有：右 ・ 左 ・ その他⇒()	
	点滴	無 ・ 有：末梢 ・ CV ・ ポート ・ PICC	
	褥瘡	無 ・ 有：部位 / 大きさ：(×) 深さ：	
	多剤耐性菌	無 ・ 有：種類 部位：尿 ・ 痰 ・ 便 ・ 創部	
	たん吸引	無 ・ 有： 回/日	
	呼吸管理	無 ・ 有：人工呼吸器 ・ 気管切開 ・ 酸素(l/分)	
ADL	移動	自立 ・ 介助必要 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子自走 ・ 車椅子介助 ・ 寝たきり	
	食事	自立 ・ 一部介助(セッティング ・ 見守り) ・ 全面介助 ・ 嚥下障害()	
	食事形態	主食：米飯 ・ 軟飯 ・ おかゆ / 副食：常食 ・ 軟菜 ・ きざみ ・ ペースト ・ ゼリー ・ ムース	
	アレルギー	無 ・ 有 アレルギー ・ 禁食()	
	経管栄養	無 ・ 有：経鼻 ・ 胃ろう / 栄養剤名：() (Fr)	
		量：朝(ml)昼(ml)夕(ml)⇒カロリー()kcal/日 白湯：朝(ml)昼(ml)夕(ml)	
	排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助 ・ ポータブルトイレ(あり ・ なし)	
		オムツ ・ リハビリパンツ 使用頻度 (終日使用 ・ 夜間のみ)	
		膀胱留置カテーテル(Fr 最終交換 日)	
	ストーマ	無 ・ 有：(種類) 交換頻度(回/週)	
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 清拭のみ	リハビリ単位数	1日につき(単位)
その他の情報等	退院先：自宅 ・ 施設 ・ 療養型病院 (申込施設・病院名： 申込：未 ・ 済)		
	介護保険情報：要支援・要介護() 担当事業所及び担当者()		
	キーパーソン 緊急連絡先 (続柄) - ()		
	移動時の交通手段： 付きそい予定者：		
保険情報	社会保険 ・ 国民健康保険 ・ 後期高齢者医療 ・ その他()：負担割合(割)		
	保険証番号： 記号・番号： その他公費：		