

栗原市立病院 転院申込み書

診療情報提供書、検査データ、(前医情報があれば)を送付してください 合計 枚

栗原市立若柳病院
地域医療連携室 御中
電話 0228-32-2335
FAX 0228-32-5550

病 院 名 :
電 話 番 号 :
FAX 番 号 :
担 当 者 氏 名 :
送 信 日 : 2024/12/9

太枠をご記入ください

転院目的:	治療の継続・リハビリ・終末期医療・ ()		
フリガナ	男・女	栗原市立病院 患者ID	
氏名		T・S・H 年 月 日生 歳	
現在の入院病棟	☐ 一般病棟 ☐ 地域包括ケア病棟 (/ から) ☐ 療養病棟 ☐ 他		
病状説明の内容			
本人、キーパーソンの病気、障害の受け止め方、意向			
医 療 行 為	☐ 吸引 (回/日) ☐ 酸素 (リットル/m) ☐ 気管切開 ☐ 褥瘡 部位、大きさ、処置内容 (☐ 他 (		
移 動	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ ストレッチャー ☐ 他 ()		
栄 養	☐ 経口 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助) 食形態・摂取量: ☐ 経管栄養 (☐ 経鼻 ☐ 胃ろう ☐ 他) 内容・カロリー: ☐ 点滴 (☐ 末梢 ☐ 中心静脈栄養 ☐ CVポート) 内容:		
排 泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ おむつ ☐ 留置カテーテル (Fr) ☐ 他 ()		
認 知 症	☐ なし ☐ あり (ありの場合、治療歴の有無 ☐ なし ☐ あり) HDS-R /30点) ナースコール使用: ☐ 不可 ☐ 可 身体抑制の有無: ☐ なし ☐ あり 危険行動:		
感染症	☐ なし ☐ あり(☐ MRSA ☐ HBV ☐ HCV ☐ 他)		
アレルギー	☐ なし ☐ あり()		
社 会 背 景	家族構成(ジェノグラムで記入) キーパーソン: ()	要介護・障害区分 ケアプラン事業所、 担当者名 他関係機関、 担当者名 障害手帳、公費等	
その他			

栗原市立病院記入欄

転院日時	年 月 日 () : 着予定 (直接入院 ・ 外来後入院)
移動手段	☐ 自家用車 ☐ 介護タクシー ☐ 救急車 ☐ 民間救急車
病室希望	☐ 個室 ☐ 多床室 (2人部屋 ・ 4人部屋) ☐ どちらでも可
受け入れ病棟	病棟 科 先生
配布先	☐ 医師 ☐ 病棟 ☐ 新患受付 ☐ 外来 ☐ 1階連携室 ☐

指示受け日時: 年 月 日 指示受け者: 令和6年10月29日改定