

紹介記録シート		病院名:	
患者氏名 (フリガナ)		記載者:	記載日: 年 月 日
病名		入院日:	
転院目的			
病状、転院等に関して、本人、家族の理解度			
医療保険 / 公費			
希望される医療内容 急変時の対応 *心肺蘇生コード <input type="checkbox"/> 心臓マッサージ <input type="checkbox"/> 気管挿管・人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢栄養 <input type="checkbox"/> 昇圧剤 <input type="checkbox"/> 血液製剤 <input type="checkbox"/> 透析 *DNR <input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得未 <input type="checkbox"/> その他()			
今後の方向性 *退院先 <input type="checkbox"/> 自宅(退院の目標:) ・自宅の状況 <input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅(階) EV <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・寝具 <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 施設() <input type="checkbox"/> その他() *ACPIについて()			
介護保険 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 申請中:申請日(/) <input type="checkbox"/> 区分変更(/) <input type="checkbox"/> 認定調査予定日(/) <input type="checkbox"/> 居宅事業所 <input type="checkbox"/> ケアマネ * 該当の方で未申請、区分変更未の場合は、手続きを進めていただきますようお願いいたします			
社会資源活用 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> その他 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 申請中() * 当院では申請出来ない場合(耳鼻科、眼科等)もありますので、該当の方の手続きをお願いいたします			
経済状況 * 生活保護 <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給あり ありの方 ・担当者名: ・金銭管理(入出等)を行っていただける方はみえますか <input type="checkbox"/> なし(対応方法:) <input type="checkbox"/> あり(氏名: 関係:) ・身元保証契約 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 手続中 本人の意思確認: ・転院時の付添 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・成年後見人申請 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・年金額()			
備考欄			