

※簡単な内容記載で構いません。

診療情報・サマリーがあれば一緒にFAXをお願い致します。

新規相談票

相談者	様	【TEL】	(敬称略、順不同) <input type="checkbox"/> 医療センター <input type="checkbox"/> 関労 <input type="checkbox"/> 近畿中央 <input type="checkbox"/> 千船 <input type="checkbox"/> 合志 <input type="checkbox"/> 十三市民 <input type="checkbox"/> 医療生協 <input type="checkbox"/> 立花 <input type="checkbox"/> 安藤 <input type="checkbox"/> 尼中 <input type="checkbox"/> 田中 <input type="checkbox"/> 新都心		
フリガナ 氏名 <small>(イニシャル可)</small>		男 女	生年月日		病名
			M・T・S・H 年 月 日 (歳)		
【ADL】	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 食事() <input type="checkbox"/> 排泄() <input type="checkbox"/> 移動()				経過
	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 食事() <input type="checkbox"/> 排泄() <input type="checkbox"/> 移動()				
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 食事() <input type="checkbox"/> 排泄() <input type="checkbox"/> 移動()				
	意識レベル (JCS)		会話		
	<input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 不可			・リハ病名 () ・起算日 ()
【認知症】	< 抑制内容 >				
	<input type="checkbox"/> ミトン(右・左) <input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> 四肢抑制(上肢・下肢)				
	<input type="checkbox"/> 体幹抑制 <input type="checkbox"/> 離床センサー <input type="checkbox"/> 他:				
	< 問題行動 >				
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 年齢相応 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 高次脳で歩く人 <input type="checkbox"/> 透析				
	<input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 医療区分Iで長期希望 <input type="checkbox"/> 統合失調症で精神不安定				
【医療処置】	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 気管切開				
	<input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 24h点滴 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 酸素 L				
	<input type="checkbox"/> 吸引 回 <input type="checkbox"/> BS [1日 回 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 回/週]				
	<input type="checkbox"/> 疼痛コントロール[癌・麻薬] <input type="checkbox"/> バルーン留置				
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 褥瘡 [<input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> ポケット有・度 箇所 <input type="checkbox"/> ストーマ				
【感染症】	HBV()	HCV()	梅毒()	延命(CPR)についての意思決定	
	他:			<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 不明	
家族情報・方向性など					
転院・入院 希望理由	<input type="checkbox"/> 地域的(近所・便利) <input type="checkbox"/> 金銭的 <input type="checkbox"/> 他院並行して申込み				【KP】(有・無)
	# 希望の病棟 (地域 ・ 療養)				# 家族面談希望 (有 ・ 無)
	# 退院目途(病棟の期限) ()				
	# 現在の病棟 (一般 ・ 回復 ・ 療養)				
施設申込 (未・済)	<input type="checkbox"/> 老健 施設名 ()				
	<input type="checkbox"/> 特養 施設名 ()				
	<input type="checkbox"/> その他 施設名 ()				
転院申込 (未・済)	<input type="checkbox"/> 医療療養 病院名 ()				
	<input type="checkbox"/> 介護療養 病院名 ()				
	<input type="checkbox"/> その他 病院名 ()				
【調整するにあたり考えられること】					
#					
#					
#					
#					