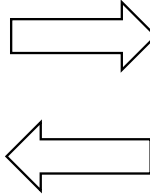


# 入院相談依頼票

年 月 日

ご紹介機関名	
ご担当者	
TEL	
FAX	



**光ヶ丘スペルマン病院**  
地域医療連携室あて

〒983-0833  
仙台市宮城野区東仙台6丁目7番1号

**FAX 022(298)8583【専用】**

☎ 022(298)8580【直通】

【受付時間】月～金 **8:30～17:00**まで  
お願いします。

**※可能な範囲でご記入ください。**

フリガナ 患者氏名		男・女	生年月日	明・大・昭・平・西暦 年 月 日 ( 歳 )
住 所	電話番号 ( ) -			
主病名		身長	cm	体重 kg
家族構成	キーパーソン氏名 ( ) (続柄 ) 連絡先 ( ) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
介護保険	<input type="checkbox"/> あり / 要支援・要介護 ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中			

【身体状況】

移動	<input type="checkbox"/> 歩行 → <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 補助具使用 (種類 ) <input type="checkbox"/> 車椅子 → <input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助 (移乗動作: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ) <input type="checkbox"/> 寝たきり (寝返り: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )			
食事	<input type="checkbox"/> 経口摂取 → <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (食形態とカロリー: ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 → <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他 (使用栄養剤 ) <input type="checkbox"/> 点滴 → <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 皮下 (点滴内容と量 )			
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
整容更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (介助浴 ・ 機械浴 ・ 清拭)			
身体状況	言語障害 (有 ・ 無 ) <input type="checkbox"/> 麻痺 (部位: ) <input type="checkbox"/> 酸素 ( ℓ ) <input type="checkbox"/> 褥瘡 部位: 部 大きさ cm 処置内容: 部位: 部 大きさ cm 処置内容:			
精神面 など	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間不穏 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 離棟 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">※精神面の具体的エピソードをお願いします</p> </div>			

**※この依頼票はHPからもダウンロードできます。**

HPアドレス <http://www.spellman.or.jp/>