入院・退院 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	大・昭・平・令・西暦 年　月　日（　　歳）
住　所	電話番号（　　）　　ー			
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（　　） □同居　□別居			
介護保険	□あり ／ 要支援・要介護（　　）　□なし　□申請中			

【身体状況】

移動	□歩行　→□自立　□見守り　□一部介助　□見守り　□補助具使用（種類　　） □車椅子→□自走　□介助　（移乗動作：□自立　□一部介助　□全介助　） □寝たきり　（寝返り：□自立　□一部介助　□全介助　）
食事	□経口摂取→□自立　□見守り　□一部介助　□全介助 （食形態とカロリー：　　） □経管栄養→□経鼻　□胃瘻　□その他（使用栄養剤　　） □点滴　→□CV　□ポート □末梢　□皮下（点滴内容と量　　）
排泄	□トイレ　□ポータブルトイレ　□尿器　□オムツ　□留置カテーテル　□人工肛門 □自立　□見守り　□一部介助　□全介助
整容更衣	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
入浴	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助（介助浴　・　機械浴　・　清拭）
身体状況	言語障害（　有　・　無　）　□麻痺（部位：　　）　□酸素（　　ℓ） □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	□なし　□夜間不穏　□昼夜逆転 □幻視　□不潔行為　□暴言 □幻聴　□性的問題行動　□暴行 □妄想　□介護抵抗　□徘徊 □独語　□離棟 □その他　（　　） ※精神面の具体的エピソードをお願いします

※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/