

【国際医療福祉大学市川病院 回復期リハ病棟転院チェックリスト】

記載日： 年 月 日	病院名：	
患者名：	( 歳)	生年月日： 年 月 日 (男・女)
住所： <input type="checkbox"/> 市川市 <input type="checkbox"/> 松戸市 <input type="checkbox"/> 他 ( )	介護認定	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 (要支援 ・要介護 )
保険： <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 後期 ( 割)	希望部屋	<input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 個室
主病名：	手術・発症日	年 月 日
リハビリ： 単位 / 日 ※リハビリサマリーの添付もお願い致します。		
介護	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	
・酸素投与	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	
・持続点滴	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	
・経鼻胃管による経管栄養	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 施行中	
・喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (約 時間おき)	
・インスリン注射	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (1日に 回)	
・抑制	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	
・問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容： )	
・直近のCRP値	<input type="checkbox"/> 3.0未満 <input type="checkbox"/> 3.0以上 ( 月 日に mg/dl)	
・食事	<input type="checkbox"/> すでに常食 <input type="checkbox"/> 常食以外 <input type="checkbox"/> 未開始	
・キーパーソンは誰ですか？		
・家族構成の概略を記載してください (同居者？)		
・家族の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 金銭面で問題あり <input type="checkbox"/> 暴言など不適切な行動 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
・薬価	<input type="checkbox"/> 月額3万円未満 <input type="checkbox"/> 3万円以上 *3万円以上の場合、投与中の高額薬剤を記して下さい。	
・その他の特記事項		

