

転院時患者必須情報

○基本情報（ADLに関する事項を含む）

食事	<input type="checkbox"/> 要セティング <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> トロミ <input type="checkbox"/> やわらか食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 摂取量： 割	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド その他：
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> ホータフトイレ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> パルーン <input type="checkbox"/> 導尿 尿意： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 便意： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	意思疎通	<input type="checkbox"/> とれる <input type="checkbox"/> 不完全 <input type="checkbox"/> とれない (YES/NO表示) <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 (理解) <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 (発語) <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 その他：
問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	認知症・高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
入院前生活状況	(仕事・趣味・スポーツ・家事などの活動など)		
家族構成			
≪ジェノグラム表記≫ (キーパーソン：)			

○投薬内容に関する情報

現在服用中の薬剤があるか。	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ありの場合	別紙あり (枚) ※施設で使用している書式(処方せん、薬歴など)を添付してください。
同種同効薬への変更不可の薬剤があるか。	
<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ありの場合 <input type="checkbox"/> なし	薬剤名： (理由：) 薬剤名： (理由：) 薬剤名： (理由：) 薬剤名： (理由：) 薬剤名： (理由：)
※変更不可以外の薬剤について、同種同効薬に変更して構いません。	
転院先で他薬剤（ジェネリック医薬品や同種同効薬）に変更される場合があることを説明したか。	
<input type="checkbox"/> 説明の上、同意済 <input type="checkbox"/> 変更不可のため説明不要	

○リハビリテーションに関する情報

患者本人・家族 の希望	(退院後の行き先、回復のレベルなどを記入)
患者本人・家族 への説明内容	(回復のレベル、目標、予後などを記入)
転院元病院の 設定目標・取組内容	(リハビリメニューなどを記入)
転院先病院へ 要望する事項	(禁忌事項、リハビリを行う上の留意点などを記載)