送付元（　　　　　　　　　　）

**入院依頼患者情報シート** 担当者（　　　　　　　　　　）

**※診療情報、保険情報データも一緒に送付してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼日　　　　年　　月　　日（　　曜日） | 入院希望日（　本日 ・　　　月　　日） |
| 様（　　　歳）  生年月日　　　 　年　　　　月　　　　日 | 認知　　　有　・　無 |
| コミュニケーション | キーパーソン・付添い者  連絡先 |
| 病名 | 既往歴 |
| 意識レベル | バイタルサイン  Ｔ:　　　 　Ｐ:　 　　　ＢＰ:  ＳaO２: |
| 転院入院目的 | 今後の方針（ゴールも含む） |
| 本人・家族への説明内容（ＤＮＡＲ、理解力度等） | |
| ＡＤＬ　　食事：  　　　　　排泄：  　　　　　移動：　独歩　・　車いす　・　ストレッチャー | |
| 来院手段　　介護タクシー ・ 自家用車 ・ 救急車 その他（　　　　　　　　　　　） | |
| 備考 | |