

# 入院相談票

※2ページ目の「入院相談票 記入上のお願ひ」をご参照のうえ、ご入力またはご記入をお願いいたします。

相談日	→ 確認後、検討結果についてお返事致します。	急ぎ( ~ / まで( ) 返事必要
-----	------------------------	--------------------

## 【紹介元医療機関】

医療機関名	入院日	入院病棟	入院期限	～	まで
主科・主治医	科	先生	相談者・担当者	職種	
連絡先Tel	—	—	(内線)	診療情報提供書添付	

## 【患者情報】

事前相談票をくださっていただければその日付:

氏名	ふりがな	性別	生年月日	年	月	日	歳
病名	(発症日)	住所					
既往歴		医療保険	負担割合	割	限度額・減額証		
服薬状況	インスリン指示あれば	公費	特定(51)	重心(80)	被爆者	労災	生保
身長	cm	直近の体重	kg	介護保険	介護認定	サービス利用	相談員 CM

感染症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> HCV	医療処置 必要な	<input type="checkbox"/> 1日8回以上の頻回な吸痰(約 回/日)	<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置(発生箇所: )	医療区分
	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> HBs抗原		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器管理(種類: )	<input type="checkbox"/> 気管切開( )	
	<input type="checkbox"/> MDRP	<input type="checkbox"/> CD抗原		<input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテル、ポート(部位: )	<input type="checkbox"/> 酸素吸入( L/分)	
	<input type="checkbox"/> ESBL	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> インスリン指示と3回/日以上以上の血糖測定	<input type="checkbox"/> その他( )	

相談日時点のADL	動作					介護度・意欲				
	移動	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 歩行器歩行	<input type="checkbox"/> 車イス		<input type="checkbox"/> リクライニング式車イス	<input type="checkbox"/> ストレッチャー		
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> P-トイレ	<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> バルン留置		<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> ストマ	<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 排便コントロール
	食事	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養		<input type="checkbox"/> 末梢点滴	<input type="checkbox"/> 絶食		
	入浴	<input type="checkbox"/> 特浴	<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> シャワー浴	<input type="checkbox"/> 清拭					
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 筆談	<input type="checkbox"/> ジェスチャー	<input type="checkbox"/> 頷き・まばたき程度		<input type="checkbox"/> 不可			
	リハビリ	実施	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> PT	<input type="checkbox"/> OT		<input type="checkbox"/> ST	/ 回復見込み	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
問題行動	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 大声	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 介護抵抗	<input type="checkbox"/> その他( )	→ 身体拘束	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( )		
その他	エアマット	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 使用中( )	ワクチン	新型コロナウイルスワクチン	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 未接種	
	喫煙歴		飲酒歴		肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 不明	インフルエンザ <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 不明	

入院の目的	<input type="checkbox"/> 長期療養	<input type="checkbox"/> 終末期のケア	<input type="checkbox"/> リハビリ継続	<input type="checkbox"/> 具体的な方向性は未定	急変時希望	<input type="checkbox"/> 当院で可能な治療を希望する
入院の目的	<input type="checkbox"/> 入院前の生活の場への復帰も視野に入れた療養	<input type="checkbox"/> 施設入所待ち(申込済施設: )				<input type="checkbox"/> 延命治療を希望する
当院の希望理由	<input type="checkbox"/> 医療依存度が高く他医療機関や介護施設では受け入れ不可	<input type="checkbox"/> 複数の申し込みのひとつとして	<input type="checkbox"/> 患者やKp・家族の自宅から近い			<input type="checkbox"/> 延命治療は希望しない
当院の希望理由	<input type="checkbox"/> その他( )					<input type="checkbox"/> 対応可能な処置次第で相談したい
						<input type="checkbox"/> 転院を希望( )
						<input type="checkbox"/> 未確認

## 【Kp・ご家族等の協力体制】 ※住所など番地までの詳細でなくても構いません。

家族構成	Kpについて					お部屋希望
	氏名		患者からみた続柄			
	住所					
	家族関係協力体制	経済状況	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 未収あり	
就業		来院しやすい曜日・時間帯				
					<input type="checkbox"/> 個室希望 個室空くまで大部屋で待機 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 大部屋希望 大部屋空くまで個室で待機 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	

## 【特記事項】

--

お忙しいなかご協力ありがとうございました。

# 入院相談票 記入上のお願い

## すべての項目において・・・

- 事前打診のみをまずご希望の場合は、「事前相談票」をご利用ください。
- 正式なご相談の場合は、可能な限り入院相談票に基づいての情報提供にご協力ください。
- 選択式では入力困難な場合は、お手数ですが出力後、ご記入ください。  
フォントや文字サイズもご入力しやすいようにご変更ください。

## 【紹介元医療機関】欄

- 「入院病棟」は、一般病棟・回りハ病棟・地域包括ケア病棟・・・などをご入力ください。  
入院病棟種別に伴って、貴院での入院期限がございましたら、「入院期限」に明記ください。
- 「相談者・担当者」の方に検討結果をご連絡いたしますので、「連絡先Tel」についてもその方へのご連絡先をご入力ください。
- 「診療情報提供書添付」は、正式なご相談をご希望の場合、原則お願いいたします。

## 【患者情報】欄

- 「病名」は発症日も併せてご入力ください。
- 「服薬状況」については、診療情報提供書に添付くださる場合、別紙参照で構いません。
- 「身長」「体重」「感染症」についてもお手数ですが、ご入力ください。
- 「必要な医療処置」に伴う、「医療区分」については、sheet「患者分類における医療区分」をご参照のうえ、目安で結構ですのでご入力ください。
- 「相談日時点のADL」「その他」「ワクチン」について、可能な限りご入力ください。
- 「入院の目的」「当院の希望理由」「急変時希望」については、ご家族のご意向がある場合はそのままご入力ください。

## 【Kp・ご家族等の協力体制】欄

- 「家族構成」「家族関係 協力体制」「来院しやすい曜日・時間帯」等、可能な限りご記入をお願いいたします。
- 「経済状況」「お部屋希望」も可能な限りお知らせください。

## 【特記事項】欄

- 上記まで以外に特記すべき事柄や、質問事項等がありましたらご入力ください。

お忙しいなか大変お手数をおかけして申し訳ございません。  
多職種において受け入れ可否を判断するうえで、  
貴重な情報となりますので可能な限りご協力をお願いいたします。

なお、個人情報の取り扱いについては十分配慮いたします。



# 患者分類における医療区分

相談頻度 多いもの		算定期間 に限り	医療 区分
1	24時間持続して点滴を実施している状態	7日間まで	医療区分3
10	スモン		
12	医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態、かつ、1~38(12を除く)に1項目以上該当する状態		
13	○ 中心静脈栄養を実施している状態 (消化管の異常・悪性腫瘍等のため消化管からの栄養摂取が困難な場合に限る) →単に末梢血管確保が困難、経鼻胃管・胃ろうを希望しないことによる選択の場合は非該当		
14	◎ 人工呼吸器を使用している状態 →当院では、マスク式人工呼吸器の患者様のお受け入れは行っておりません		
15	ドレーン法又は胸腔もしくは腹腔の洗浄を実施している状態 →当院ではこのような病態の患者様のお受け入れは行っておりません		
16	◎ 気管切開または気管内挿管が行われている状態、かつ、発熱がある状態 →当院では気管内挿管中の患者様の受け入れは行っておりません		
17	○ 密度の高い(3L以上/分)の酸素療法を実施している状態		
18	感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態		
2	尿路感染症に対する治療を実施している状態	14日間まで	医療区分2
3	傷病等によりリハビリテーションが必要な状態	発症後30日	
4	脱水に対する治療を実施している状態、かつ、発熱がある状態	7日間まで	
5	消化管等の体内からの出血が反復継続している状態	7日間まで	
6	頻回の嘔吐に対する治療をしている状態、かつ、発熱がある状態	3日間まで	
7	せん妄に対する治療を実施している状態	7日間まで	
8	経鼻胃管や胃ろう等の経腸栄養が行われている状態、かつ、頻回の嘔吐に対する治療をしている状態、または発熱がある状態	7日間まで	
9	○ 頻回(3回/日)の血糖検査を実施している状態 (1回/日のインスリン製剤またはソマトメジンC製剤の注射を実施している場合に限る)	検査日から3日間	
19	筋ジストロフィー		
20	多発性硬化症		
21	筋萎縮性側索硬化症		
22	○ パーキンソン病関連疾患に罹患している状態 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、 パーキンソン病(ヤールⅢ以上で生活機能障害度ⅡまたはⅢ度の場合)		
23	その他の指定難病(10・19~22を除く)		
24	脊髄損傷(脊髄損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る)		
25	○ 慢性閉塞性肺疾患(ヒュージョーンズ分類がVの状態に該当する場合に限る)		
26	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流または血漿交換療法を実施している状態 →当院では透析などを必要とされる患者様の受け入れは行っておりません		
28	基本診療料の施設基準等の別表第5の3の3の患者		
29	○ 悪性腫瘍(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る)		
30	肺炎に対する治療を実施している状態		
31	◎ 褥瘡に対する治療を実施している状態 (DESIGN-R d2以上に該当する場合、もしくは褥瘡が2箇所以上に認められる場合に限る)		
32	末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態		
33	うつ症状に対する治療を実施している状態		
34	他者に対する暴行が毎日認められる状態		
35	◎ 8回以上/日の喀痰吸引を実施している状態		
36	◎ 気管切開または気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く) →当院では気管内挿管中の患者様の受け入れは行っておりません		
37	創傷(手術創や感染創を含む)、皮膚潰瘍または下腿もしくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態 (2回以上/日のガーゼや創傷被覆剤の交換が必要な場合に限る)		
38	◎ 酸素療法を実施している状態(17を除く)		
39	医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態、かつ、1~38(12を除く)に該当しない状態		

当院は長期療養の要する患者様を  
主な受け入れ対象としているため、  
算定期間に限りのある医療区分がメインの場合は、  
基本的には受け入れ困難となります。

当院からご紹介した患者様、  
その他特別な事情ある場合、  
医療区分1~3問わず  
お受けできる場合もありますので  
ご相談ください。

医療区分2・3に該当しない状態 = 医療区分1

相談頻度: ◎よくある、○ある (注)受け入れ可否とは異なります