

# 精神科身体合併症転院依頼票

|        |         |
|--------|---------|
| 受付 No. | 優先順位スコア |
| 全県 No. |         |

|   |  |                           |  |
|---|--|---------------------------|--|
| 依頼日   | 年 月 日 ( )  |                           |  |
| 依頼元病院   | ( ) 病院 担当 ( )  |                           |  |
| フリガナ<br>患者氏名  | 性別<br><input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女  | 生年月日<br>T・S・H 年 月 日生 ( )歳 |  |
| システム窓口<br>を経由したか  | <input type="checkbox"/> システム窓口経由（現在、基幹病床にいる）<br><input type="checkbox"/> システム窓口経由（現在、基幹病床以外にいる）<br><input type="checkbox"/> システム窓口経由せず                              |                           | ※システム窓口経由とは、措置診察、ソフト窓口からの紹介及び後方移送受入れを経由している者のこと  |
| 所管自治体   | <input type="checkbox"/> 神奈川県 <input type="checkbox"/> 横浜市<br><input type="checkbox"/> 川崎市 <input type="checkbox"/> 相模原市   |                           | ※2枚目の【所管自治体に関して】を参照した上で選択  |
| 入院形態/入院日  | <input type="checkbox"/> 措置<br><input type="checkbox"/> 医療保護(□家族等同意 □市長同意)<br><input type="checkbox"/> 任意  |                           | 入院日： S・H・R 年 月 日   |
| 家族等氏名   | (続柄)   |                           |  |
| 現在の病室   | (□閉鎖 □開放) 病棟の (□保護室 □個室 □大部屋)  |                           |  |
| 地域の一般<br>病院への依頼   | <input type="checkbox"/> 依頼した (医療機関名： 他 他所)<br>→断られた場合(主な理由： )<br><input type="checkbox"/> 受診済 (受診日： 月 日 医療機関名： 診療科名： 科)<br><input type="checkbox"/> 依頼していない(主な理由： ) |                           |  |
| 精神科疾患   | 診断名：   |                           | (問題行動)   |
|   | 主症状：   |                           | (身体拘束)<br>無・有(部位： )  |
| 身体科疾患   | 診断名：   |                           | 感染症の有無：無・有(感染症名 )  |
|   | 主症状：   |                           | 結核の既往：無・有(胸部X-P：無・有)   |
|   | 現病歴：   |                           |  |
| バイタルサイン   | 体温： °C 脈拍： 回/分 血圧： / mmHg SpO2： % ( 月 日 時)   |                           |  |
| 特別な医療/処置<br>(該当するものを選択)   | 1.点滴の管理 2.中心静脈栄養 3.透析 4.ストーマ(人工肛門)の処置 5.酸素療法 6.人工呼吸器<br>7.気管切開の処置 8.疼痛の看護 9.経管栄養 10.モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)<br>11.じょくそうの管理 12.カテーテル 13.その他( )                           |                           |  |
| ADL   |  |                           |  |
| 身体科治療の<br>意思確認  | 本人 (□同意 □拒否 □確認とれず)<br>家族 (□同意 □拒否 □確認とれず)<br>その他 ( □同意 □拒否 □確認とれず)  |                           |  |
| 急変時の対応方針  |  |                           |  |
| 保険区分  | □国保 □社保(□本人 □家族) □後期高齢 □その他( ) □生保( 福祉 担当： )   |                           |  |
| ⇒ ここまで記載したら、診療情報提供書とともに依頼票を所管自治体にFAXする。<br>その後、自治体から指定された受入病院に相談の上、FAXする。 |  |                           |  |
| ◎調整結果   |  |                           |  |
| 年 / ( )に  | <input type="checkbox"/> 市大センター<br><input type="checkbox"/> みなと赤十字 病院に<br><input type="checkbox"/> 済生会東部   |                           | <input type="checkbox"/> 入院する可能性があることを前提に受診<br><input type="checkbox"/> 外来のみを前提に受診<br>→合併症転院事業対象外<br>※最初から外来のみの予定で受診する場合は、本事業の扱いにはなりません。 |

【↓↓2ページ目へ続く↓↓】

