

転院調整 事前調査表

関西医科大学総合医療センター 地域医療連携部 2024年9月作成

1	紹介元医療機関			
2	依頼者氏名	依頼者の職種	看護師 ・ MSW ・ 事務	
3	転院希望日	本日 または 後日 (早め ・ 指定日 /)		
4	入院または外来	入院中 (/) ・ 外来通院中 ・ 救急搬送 ・ 在宅療養中		
5	患者名	性別	男性 ・ 女性	
6	ID *不要です			
7	生年月日	西暦 年 、 昭和 ・平成 ・令和 年 月 日		
8	重症度	重体 ・ 重症 ・ 中等症 ・ 軽症		
9	直近のバイタルサイン	血圧 / ・ 体温 ℃ ・ 脈拍 回/分 ・ 呼吸数 回/分 ・ SPO2 %		
10	ADL	自立 ・ 杖またはバギー ・ 車いす ・ ストレッチャー		
11	認知症	なし ・ あり()	精神疾患	なし ・ あり()
12	点滴	なし ・ あり()	酸素	なし ・ あり()
13	透析の有無	なし ・ あり (月・水・金 OR 火・木・土 最終日: /) *サマリーのFAXをお願いします。		
14	感染症関連	上気道症状の有無	なし ・ あり (咽頭痛 ・ 鼻汁 ・ 咳嗽 ・ 呼吸困難 *あてはまる症状に○をつけてください)	
15		直近1週間で発熱がある場合	なし ・ あり (抗生剤使用 あり ・ なし 解熱剤使用 なし ・ あり 回/日、最終 日 時)	
16		上気道症状ありの場合	診断名 : コロナ (PCR陽性) ・ インフルエンザ ・ その他 ()	
17		PCR検査	定量: 未 ・ 済 (実施日: / ・ 結果: 陽性 ・ 陰性) ・ 定性:	
		結核	既往歴: あり ・ なし 治療歴: あり ・ なし	
18		ワクチン接種	今季: なし ・ あり (コロナ ・ インフルエンザ ・ その他) 最終施注日: 年 月 頃	
19	直近2週間で同居者や同居家族・周囲の方々のコロナ陽性者	なし ・ あり (月 日 ~)		
20	来院方法	救急車 (市 ・ 病院 ・ 民間) ・ 病院車 ・ 介護タクシー ・ タクシー ・ 自家用車		
21	付き添い者	なし ・ あり (配偶者 ・ 子ども ・ その他:) 同乗 または 後で (当日 ・ 後日)		
22	病室希望	個室 ・ 総室 (3300円 ・ 無料)		
23	総室が確保できない際の室料差額支払いについて	同意あり ・ 同意なし ・ 確認中		
24	保険	国保 ・ 社保 ・ 生保 (本人 ・ 家族) ・ 後期高齢		
25	他院並行打診中	なし ・ あり		
26	備考	*転院時に準備しておく物品などがあれば、記入してください。		

*当院での治療終了後、貴院に逆紹介させていただく際には何卒よろしくご依頼申し上げます。