|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ＮＩＣＵ後方病床連絡票** | 記入日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 依頼元病院名（診療科）主治医 |  | 連絡を取った当院医師（有・無） |  |
| 患者 | フリガナ |  | 生年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 性別 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 基礎疾患 |  |
| 主な合併症 |  |
| 心疾患の有無現在の状況 | 有　　　無 |
|  |
| 出生時の状況その後の経過 |  |
| 現在の治療 |  |
|  | 身長 |  | cm | 体重 |  | kg | 自発運動 | 有　　無 |
| 患者の状態 | 睡眠／覚醒リズム | 有　　無　　不明 | けいれん | 有　　　無 |
|  | 筋緊張 | 亢進　　正常　　低下 | 変形・拘縮 | 有　　　無 |
| 処置の内容 | 呼吸器使用 | 有　　無 | 気管切開 | 有　　無 | 胃ろう | 有　　無 |
| 栄養方法・内容 |  |
| 症状の安定度 |  |
| 当院への転院目的（具体的に記載してください） |  |
| 家族構成（キーパーソン） | ・疾病のある家族は記入　・キーパーソンと思われる人に※をつけてください |
| これまでの在宅移行への指導状況（吸引・カニューレ交換など具体的に） |  |
| 現在利用している公的サービス（児相の関わり・手帳の有無・産科医療補償制度の申請など） |  |
| これまでの家族の面会状況や病院に対する要望・要求 |  |
| 在宅移行に向けての問題点 |  |
| 転院目的の家族への説明内容 |  |
| 転院に対する家族の受け止め（家族が当院に期待していることや転院に対する理解度） |  |
| ご連絡先 | 担当者氏名 |  | （ 職種 |  | ） |
| 電話 |  | ＦＡＸ |  |