

# 榛名荘病院 入院申込書 <入院相談用>

リハビリや療養目的での入院相談の際にご利用下さい

※入院申し込みの際は、医師記載の「診療情報提供書」と併せてお送り下さい 【記載日】平成 年 月 日

ふりがな		年齢	性別
患者氏名		( 歳)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所		TEL ( )	
キーパーソン	患者との続柄( )	TEL ( )	
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居(家族構成:		
保険種別等	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 福祉医療 <input type="checkbox"/> その他( )		
介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有( [要支援 1・2] [要介護 1・2・3・4・5] )		
身障手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有( 級		
入院相談の目的	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> その他(⇒具体的に		
当院退院後の予定	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 未定 (申込済みの場合 施設名:		

傷病名	発症日:平成 年 月 日)		
手術の実施	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(手術名: 手術日:平成 年 月 日)		
コミュニケーション	指示理解	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 不可	
	意思伝達	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> YES,NOのみ <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 非言語コミュニケーションにて可能(手段: )	
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢		
体型	(身長: cm) (体重: kg)		
体位変換	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや準備で自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや準備で自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや準備で自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不可		
立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや準備で自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不可		
移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや準備で自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや準備で自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや準備で自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 非実施		
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや準備で自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
食事	内容	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 特別食( ) <input type="checkbox"/> 嚥下食( ) <input type="checkbox"/> その他( )	
	動作	<input type="checkbox"/> 経管栄養( <input type="checkbox"/> 胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経食道瘻) <input type="checkbox"/> IVH	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや準備で自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパンツ <input type="checkbox"/> その他( )		
問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 夜間不穏 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> チューブ類の自己抜去 <input type="checkbox"/> その他(⇒具体的に		
精神障害・高次脳機能障害等	・記憶障害: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    ・精神障害: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(⇒具体的に ・見当識障害: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    ・意欲低下: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・注意障害: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    ・せん妄: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    ・うつ症状: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・失語: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    ・失行: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    ・失認: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
医療行為	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位: ) (大きさ: )	
	呼吸の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 酸素吸入( ) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 気管内挿管 <input type="checkbox"/> その他	
	吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(頻度: 回/日)	
インスリン	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> スケール打ち <input type="checkbox"/> 固定打ち		
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(MRSA[部位: 喀痰・尿・褥瘡・その他]・HBs・HCV・疥癬・その他		

榛名荘病院 医療連携室 FAX 027-374-2896