

【記入例】 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 21 年 4 月 1 日

| | | | | | | |
|---------------|--|---|------------------------|------------------|--|--|
| ふりがな | はるな たろう | | 年齢 | | 性別 | |
| 患者氏名 | 榛名 太郎 | | (80 歳) | | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | |
| 住所 | 高崎市中室田町5989 | | TEL | 027 (374) 2895 | | |
| キーパーソン | 榛名 花子 | | 患者との続柄(妻) | TEL | 027 (374) 2895 | |
| 家族構成 | <input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居(家族構成: 妻、長男、長男嫁) | | | | | |
| 保険種別等 | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有([要支援 (1)・2] [要介護 1・2・3・4・5]) | | | | | |
| 身障手帳 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有(級) | | | | | |
| 入院相談の目的 | <input checked="" 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 checked="" 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 | 脳梗塞 | | (発症日:平成 21 年 3 月 15 日) | | | |
| 手術の実施 | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 不可 | | | | |
| | 意思伝達 | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input checked="" type="checkbox"/> 左上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 左下肢) | | | | | |
| 体型 | (身長: 160 cm) (体重: 50 kg) | | | | | |
| 体位変換 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | | |
| 食事 | 内容 | <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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() (尿意: <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) (便意: <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) | | | | | |
| 問題行動 | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・精神障害: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(⇒具体的に ・見当識障害: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・意欲低下: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・注意障害: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・せん妄: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・うつ症状: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・失語: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・失行: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・失認: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | | | | |
| 医療行為 | 褥瘡 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位:) (大きさ:) | | | | |
| | 呼吸の問題 | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(頻度: 回/日) | | | | |
| インスリン | <input checked="" 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 checked="" 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