

入院申込書

※本入院申込書の他に、診療情報提供書(紹介状)、別紙の医療機関記載ADL表を添付して下さい。

フリガナ			男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
患者氏名	(才)							
住 所	(〒 -)							
	電 話	-	-	携 帯	-	-		
診 療 費 支 払 区 分	<input type="checkbox"/> 社保本人	<input type="checkbox"/> 社保家族	<input type="checkbox"/> 国保一般	<input type="checkbox"/> 高齢医療	<input type="checkbox"/> 生保	<input type="checkbox"/> 労災	<input type="checkbox"/> 自動車保険	その他 ()
	<input type="checkbox"/> 医療費助成証 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			職 業				
退 院 時 引 受 人	住 所	(〒 -) 電 話 - -						
	フリガナ			職 業				
	氏 名	(才)		続 柄	患者さんの			
連 絡 先	続柄			電 話	-	-		
	続柄			携 帯	-	-		
病 室 の 希 望	<input type="checkbox"/> 有料個室		<input type="checkbox"/> 一般室		希望入院日・その他			

◎入院についての自己申告のお願い

これまでの入院について正しく自己申告されないと、保険の入院料の一部が後で自己負担になることがありますので、必ずご記入ください。

1. 貴方はこの3ヶ月以内に病院(保険医療機関)に入院したことがありますか？ << <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ >> → <<はい>>の方は次の問いにもお答えください。
2. 入院先の病院名 [] 電話 []
3. 入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日
4. 入院となった主たる病名 []
5. 上記の入院先以外の病院に入院したことがありますか？ << <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ >>

※ここからは、記入しないで下さい。

受付日	・	・	番号	回数	ID
・	・				入 院
・	・				年 月 日 ()
・	・				時 分
					病棟 科
外来					担当医師
/	()	科	Dr	:	連 絡
					申込者 / ()
					紹介元 / ()

【入院申請書送付・お問い合わせ先】

〒243-0121 厚木市七沢516番地

神奈川リハビリテーション病院 地域連携室 046-249-2470

医療機関記載 A D L 表 (申込時に診療情報提供書に添付してください)

ふりがな 患者氏名	様	性別 男 女	身長 cm	体重 kg
意識障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> JCS()点 又は <input type="checkbox"/> GCS E()点、V()点、M()点			住・生活環境
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 片麻痺(<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 対麻痺			<input type="checkbox"/> 居宅(介護者あり) <input type="checkbox"/> 居宅(介護者なし)
	<input type="checkbox"/> 関節拘縮(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位:)			
言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 施設 介護・身障手帳申請
	<input type="checkbox"/> 発話不能 <input type="checkbox"/> 発話あるが意味不明 <input type="checkbox"/> 会話はできるが聞き取り難い <input type="checkbox"/> 日常生活に支障はない			
聴力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> まったく聞こえない(<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) <input type="checkbox"/> 補聴器使用(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)			介護保険 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 済
視力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> まったく見えない(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 指数識別可能(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)			身障手帳 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 済
精神障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> その他()			家族、介護等の課題
	<input type="checkbox"/> せん妄(<input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 日中) <input type="checkbox"/> 抑制(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> その他()			
認知症状	改訂長谷川式スケール()点 問題行動()			
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 理解力 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(理解されていることもあるが、すぐ忘れてしまう)			
食事	<input type="checkbox"/> 経口摂取(食事の形態:) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	<input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養			
清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	方法(<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> エレベーターバス <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> 清拭)			
排泄	尿便意(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 動作(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 自己導尿(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助)			
	<input type="checkbox"/> 尿器使用 <input type="checkbox"/> 便器使用 <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 人工肛門			
医療ケア	<input type="checkbox"/> 吸引(頻度 回/日 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 鼻腔・口腔内) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 酸素使用			
	<input type="checkbox"/> 褥瘡(部位: 程度・大きさ:) *写真添付			
	<input type="checkbox"/> その他()			

退院時日常生活機能評価(看護必要度B項目)

患者状況	0点	1点	2点
安静指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
手の拳上	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまり可	<input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
座位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支え必要	<input type="checkbox"/> できない
移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない
移動方法	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 介助	
口腔清拭	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
衣服着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々できる	<input type="checkbox"/> できない
指示理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	

不穏・不眠・危険行動・問題行動: 無 有

評価 (下記評価を行っていただけましたらご記入ください)

mRS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V
NIHSS	/42
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
FIM	総点 /126 運動 /91 認知 /35
家族に対する機能予後説明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容:	
感染症	MRSA <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 部位: 多剤耐性緑膿菌 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 部位: その他陽性()
	医療機関名
	住所
連絡先	
記載日	年 月 日
記載者	