

入院申込書

※ 今回のご入院で、既にこの用紙を記入されている方は不要になります。

フリガナ			男・女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
患者氏名	(姓) (名)							
住所	(〒 -)							
	電話	- -	携帯	- -				
診療費 支払区分	☐ 社保 本人	☐ 社保 家族	☐ 国保 一般	☐ 高齢 医療	☐ 生保	☐ 労災	☐ 自動車 保険	その他 ()
	☐ 医療費助成証 (☐ 有 ☐ 無)			職業				
退院時 引受人	住所	(〒 -) 電話 - -						
	フリガナ			職業				
	氏名	(姓) (名)		続柄	患者さんの			
連絡先	続柄		電話	-	-			
	続柄		電話	-	-			
病室の希望	☐ 有料個室 ☐ 一般室		希望入院日・その他					

※有料個室につきましては、病棟の状況等によりご希望に沿いかねることがありますのでご了承願います。

◎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？	
<< ☐ はい ☐ 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？ << ☐ はい ☐ いいえ >>	

※ここからは、記入しないで下さい。

受付日	. .	I D								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 / ()

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)

フリガナ 患者氏名	様	性別 男 女	身長 cm	体重 kg
意識障害	☐ 無 ☐ 有 ☐ JCS()点 又は ☐ GCS E()点、V()点、M()点			
麻痺	☐ 無 ☐ 片麻痺(☐ 左 ☐ 右) ☐ 四肢麻痺 ☐ 対麻痺			
	☐ 関節拘縮(☐ 無 ☐ 有 部位:)			
言語障害	☐ 無 ☐ 有			
	☐ 発話不能 ☐ 発語あるが意味不明 ☐ 会話はできるが聞き取り難い ☐ 日常生活に支障はない			
聴力障害	☐ 無 ☐ まったく聞こえない(☐ 左 ☐ 右) ☐ 補聴器使用(☐ 右 ☐ 左)			
視力障害	☐ 無 ☐ まったく見えない(☐ 右 ☐ 左) ☐ 指数識別可能(☐ 右 ☐ 左)			
精神障害	☐ 無 ☐ 見当識障害 ☐ 記憶障害 ☐ その他()			
	☐ せん妄(☐ 夜間 ☐ 日中) ☐ 抑制(☐ 要 ☐ 否) ☐ 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	☐ 可能 ☐ 不可能 理解力 ☐ 有 ☐ 無(理解されていることもあるが、すぐ忘れてしまう)			
食事	☐ 経口摂取(食事の形態:) ☐ 自立 ☐ セッティング ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	☐ 経管栄養(☐ 経鼻 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう) ☐ 中心静脈栄養			
清潔	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	方法(☐ シャワー浴 ☐ エレベーターバス ☐ 浴槽 ☐ 清拭)			
排泄	尿便意(☐ 有 ☐ 無) 動作(☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助) ☐ 自己導尿(☐ 自立 ☐ 介助)			
	☐ 尿器使用 ☐ 便器使用 ☐ オムツ使用 ☐ 留置カテーテル ☐ 膀胱瘻 ☐ 人工肛門			
医療ケア	☐ 吸引(頻度 回/日 ☐ 気管切開 ☐ 鼻腔・口腔内) ☐ 人工呼吸器 ☐ 酸素使用			
	☐ 褥瘡(部位: 程度・大きさ:) *写真添付			
	☐ 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	☐ なし	☐ あり	
手の拳上	☐ できる	☐ できない	
寝返り	☐ できる	☐ つかまり可	☐ できない
起き上がり	☐ できる	☐ できない	
座位	☐ できる	☐ 支え必要	☐ できない
移乗	☐ できる	☐ 一部介助	☐ できない
移動方法	☐ できる	☐ 介助	
口腔清拭	☐ できる	☐ できない	
食事摂取	☐ 介助なし	☐ 一部介助	☐ 全介助
衣服着脱	☐ 介助なし	☐ 一部介助	☐ 全介助
意思伝達	☐ できる	☐ 時々できる	☐ できない
指示理解	☐ できる	☐ できない	
危険行動	☐ ない	☐ ある	

不穏・不眠・危険行動・問題行動: ☐無 ☐有

評価 (下記評価を行ってましたらご記入ください)

mRS	☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ 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 ☐ 無 ☐ 有 内容:	
感染症	MRSA ☐ 陰性 ☐ 陽性 部位: 多剤耐性緑膿菌 ☐ 陰性 ☐ 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	