

入院申込書(1) (診療情報提供書)

紹介元医療機関の所在及び名称 (電話番号	FAX)
	記載年月日 平成 年 月 日
	担当診療科
	医師氏名 ㊦

患者氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 M・T・S・H	年	月	日生	歳
傷病名		初診日	S・H	年	月	日
障害名		発症日	S・H	年	月	日
手術等		手術日	S・H	年	月	日①
			S・H	年	月	日②
合併・既往症		(※診断日	S・H	年	月	日)
※診断日は高次脳機能障害を診断した場合に記載						

紹介目的 症状経過・検査結果及び治療経過 ※経過に関しては別紙添付でもかまいません。	現在の処方 ※一覧の添付でかまいません。 ※使用中の点滴等の情報も記載をお願いします。 ※向精神薬など最近中止した薬物についても情報提供ください。
---	---

添付書類 ※患者状態により該当する下記資料の添付をお願いいたします。

直近の血液データ(必須)
 合併症の検査結果(該当時)
 合併症に関する他科・他院からの紹介状(該当時)

処方薬剤一覧(必須)
 感染症の検査結果(該当時)
 必要画像データ(該当時)(CTMRIMRAエコー)

リハビリ情報(行っていれば必須)
 その他の情報()

現在の症状及び状態 ※該当項目にチェックと記載をお願いします。

意識障害(JCSGCS:)
 気管切開()
 人工呼吸器
 酸素療法(ℓ/min)

運動麻痺(□右□左□四肢□上肢□下肢)(□軽□中□重)
 失語症(□軽□中□重)
 意思疎通(□可□不十分□不可)

嚥下障害(□軽□中□重)(□経口□経管□PEG□DIV□IVH□他)(食事形態: □常食□流動□)

治療食等(制限内容:)

認知症(□軽□中□重) (□HDS-R□MMSE 点)
 問題行動(□夜間不穏□昼夜逆転□放声□拒食□)

抑制状況(□上肢□下肢□四肢□体幹)(□ベッド上□車椅子)(□常時□夜間□日中□必要時□ブザーマット使用□)

褥創(部位:) (大きさ:)

現在の能力(ADL) 移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助(独歩・杖・歩行器・車椅子) 移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助() 排尿 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助(オムツ・パルン・) 排便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助(オムツ・ストマ・) 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助()	感染症 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し ※該当する場合ご記入ください リハビリテーション歴 (<input type="checkbox"/> 実施中 <input type="checkbox"/> 以前実施 <input type="checkbox"/> 未実施) <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 他()
---	--

ご家族ご本人への説明内容 (必ずご記入ください)

環境調査票(2)

※太枠の中をご記入ください。(細枠内は病院で記入いたします)

※家族状況がわかる方が記載してください。記載年月日:平成 年 月 日 記載者: (続柄)

患者氏名	性別 男・女 生年月日 M・T・S・H 年 月 日生 歳
現住所	〒 - ☉(固定) - - ☉(携帯) - -
連絡先①	氏名: <続柄> ☉() - - 住所: ☉() - -
連絡先②	氏名: <続柄> ☉() - - 住所: ☉() - -
保険種類	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 高齢者(<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 3割) <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 重度医療 ()

今までにかかった主な病気・外傷等

※入院したことがある主な病気、怪我や手術などしたことがある病気や怪我について記載してください

現在定期的に受診している医療機関 有り 無し
(有りの場合は医療機関名をご記入ください)

富士いきいき病院への受診経験 有り 無し
(入院歴: 有り 無し 有りの場合はいつ頃:)

続柄	年齢	職業等	健康状態	同別居	住所等・備考
			良・	同・別	
			良・	同・別	
			良・	同・別	
			良・	同・別	
			良・	同・別	
			良・	同・別	

病 気 や ケ ガ に な る 前 の 能 力	移動動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (独歩・杖・歩行器・車椅子・)
	排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (トイレ・ポータブルトイレ・オムツ・尿器)
	食事状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (箸・スプーン・胃瘻・鼻腔・)
	理解力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 認知症(軽度・中等度・重度) <input type="checkbox"/> 疎通不可能 (夜間不穏・昼夜逆転・徘徊・放声・暴力・拒食・)
	会話能力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 言語障害有り <input type="checkbox"/> 疎通不能 (失語症・)

体格 身長 cm 体重 kg

介護認定 未申請 申請中 認定済(要支援 1・要支援 2・要介護 1・2・3・4・5)
(ケアマネージャー: 居宅介護支援事業所:)

身障者手帳 未申請 申請中 取得済(級) 取得障害:

入院に対するご家族・ご本人の希望及び退院後の不安

退院先予定 自宅 他院 老健施設 老人ホーム 他()
(申し込み中の施設等:)

入院に際してのご家族からのご希望

転院希望日:平成 年 月 日頃・できるだけ早く・()

希望の病床: 4人部屋 個室 特別室(トイレ付個室) どこでもよい()

その他入院に際してのご希望等:

<<いきいき病院記載欄>>

診療情報
<追加病歴>.....

<特記すべき継続診療>.....

<その他の診療情報>.....

家族情報

ご本人情報
<職業・以前の職業>.....

<住居情報>
持家・借家(集合住宅・一戸建)
居室(1階・2階・ 階)
家屋改修 可能・不可能・済み

<使用中の補装具等>
 義歯() 補聴器
 眼鏡 下肢装具()

介護保険情報<利用中サービス>
 通所サービス()
 訪問看護()
 訪問リハビリ()
 訪問介護()
 ショートステイ()
 その他()

その他