

入院申込書 (A) ※ご本人・御家族記入用紙

フリガナ 患者氏名	生年 月日	大正・昭和・平成	年齢	性別
〒 —		年 月 日	歳	男・女
現住所 (連絡先)		(電話)	—	—
		(携帯)	—	—

●上記以外の連絡先(※上記連絡先に連絡がつかない場合、下記へ連絡させていただく事がございます。)

住所 ① 氏名 (電話) (携帯)	続柄	勤務先名 勤務先電話
住所 ② 氏名 (電話) (携帯)	続柄	勤務先名 勤務先電話

●ご家族情報

ご家族氏名	世帯(同居)	年齢	続柄	ご職業及び健康状態など
	同・別			
	同・別			
	同・別			
	同・別			
	同・別			
	同・別			
入院生活時支援可能なご家族の氏名	年齢	続柄	連絡先	
			住所	電話
			住所	電話
退院後お世話される方の氏名	年齢	続柄	連絡先	
			住所	電話
			住所	電話

お世話される方の不安: あり (高齢 病気 仕事あり 家事多忙 経済面) なし

退院先(希望): 自宅 家族・親族宅 介護保険施設 障害者福祉施設 その他()

●生活情報

現在の職業	過去の職業
最終学歴	<input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 専門 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> その他()
住居	<input type="checkbox"/> 持家 (<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> マンション[階]) <input type="checkbox"/> 賃貸 (アパート[階] ・ マンション[階] ・ 社宅/寮[階]) <input type="checkbox"/> 公営住宅[階] <input type="checkbox"/> 介護・障害者施設() ※2階以上にお住まいの方: 階段手すり(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし), エレベーター(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) ※家屋改修: <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 済み(改修内容:)
趣味・役職等	

●入院病室希望 ※空室状況や病状・看護度によりご希望に添えない場合もございます。

希望する部屋	<input type="checkbox"/> 特別室A(室料10,000円/日) <input type="checkbox"/> 特別室B(室料3,500円/日) <input type="checkbox"/> 個室(室料500円/日) <input type="checkbox"/> 一般室(差額室料なし) <input type="checkbox"/> どこでも可 ※表示料金は税別となっております。
--------	---

●要望・相談等(自由記載)

※紹介者 _____ ※受付 年 月 日

【診療情報】(B) ※主治医記入用紙

患者氏名: _____ 様

診断名	発症(受傷)日 年 月 日
症状	
現病歴(貴院所定の診療情報提供書添付でも可)	現在の処方※薬剤情報書添付可

意識レベル	<input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> JCS: <input type="checkbox"/> GCS:
入院中の合併疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> MRSA感染()
	<input type="checkbox"/> 消化管出血 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> DVT <input type="checkbox"/> その他()
手術	<input type="checkbox"/> あり (手術日: 年 月 日 術式:)
	(手術日: 年 月 日 術式:)
	(手術日: 年 月 日 術式:)
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 関節疾患 <input type="checkbox"/> COPD
	<input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> DVT <input type="checkbox"/> その他()
感染症	<input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HCV抗体 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他()
リスク因子	<input type="checkbox"/> 高血圧症 (コントロール状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良)
	<input type="checkbox"/> 脂質異常症 (コントロール状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良)
	<input type="checkbox"/> 糖尿病 (コントロール状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 インスリン使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
	<input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> その他不整脈 ()
	<input type="checkbox"/> 呼吸障害 (気管切開: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 酸素吸入: <input type="checkbox"/> あり(1分間 L) <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 喫煙(本/日) <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし
胸部X-p	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見あり()
ECG	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見あり()
禁忌薬剤	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> アレルギー()
神経所見	利き腕 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
	<input type="checkbox"/> 眼球運動障害 ()
	<input type="checkbox"/> その他の脳神経症状 ()
	<input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 両麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> パーキンソニズム
	Br stage <input type="checkbox"/> 上肢() <input type="checkbox"/> 手指() <input type="checkbox"/> 下肢()
	・健側MMT <input type="checkbox"/> 上肢() <input type="checkbox"/> 手指() <input type="checkbox"/> 下肢() <input type="checkbox"/> 体幹()
	<input type="checkbox"/> 小脳失調 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> その他の運動障害() <input type="checkbox"/> 感覚障害
	<input type="checkbox"/> 記名力障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 左無視 <input type="checkbox"/> 右無視 <input type="checkbox"/> 半盲 <input type="checkbox"/> 認知症
	<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 健忘
	<input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害(程度 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 膀胱直腸障害 <input type="checkbox"/> その他()
精神・認知症状	・認知症状 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 放声 <input type="checkbox"/> なし ・抑制 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	・夜間不穏 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・抑うつ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・せん妄 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	・問題行動 <input type="checkbox"/> あり(具体的症状:) <input type="checkbox"/> なし

[記入日] 平成 年 月 日

医療機関名	_____
所在地	_____ (電話) _____
医師名	_____ 科 _____ 印
入院中の病棟:	()病棟
転院に関する連絡先(ご担当者)	: _____ 科 氏名 _____

※患者の状態によっては、検査データや診療経過・内容につきまして追加情報をいただく場合がございます。

【日常生活動作・社会生活情報】(C)

※病棟又は医療相談部署記入用紙

フリガナ	記載日	年 月 日
患者氏名	記載者	職種: Dr・Ns・SW・その他(), 氏名:

●日常生活動作

FIM	総合(点)	運動項目(点)	認知項目(点)	※評価実施施設のみ
食事内容	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> アレルギー・嗜好等() <input type="checkbox"/> 制限食 (Kcal <input type="checkbox"/> 塩分 g <input type="checkbox"/> 蛋白 g <input type="checkbox"/> 脂質 g) ・食事の形態 主食: <input type="checkbox"/> ()分粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 米飯 ・嚥下食の形態() <input type="checkbox"/> 経管栄養の内容 () ・栄養の状態 (<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良) ・NST関与 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 身長 cm <input type="checkbox"/> 体重 kg			
摂食方法	<input type="checkbox"/> ひとりできる <input type="checkbox"/> ひとりできる時もある(一部介助) <input type="checkbox"/> まったくできない(全介助) ・使用器具: <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン・フォーク <input type="checkbox"/> 器具・自助具()			
排尿・排便	<input type="checkbox"/> ひとりできる <input type="checkbox"/> ひとりできる時もある(一部介助) <input type="checkbox"/> まったくできない(全介助) ・尿失禁 (<input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし) ・頻尿 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) ・使用器具: <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> トイレ			
ナースコール	<input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない <input type="checkbox"/> ナースコールの意味が理解できない			
車椅子移乗	<input type="checkbox"/> ひとりできる <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 車椅子移乗経験なし			
車椅子使用	<input type="checkbox"/> 自走可能 <input type="checkbox"/> 自走困難 <input type="checkbox"/> 座っている事はできる(1日 時間位) <input type="checkbox"/> 座っていることはできない			
歩行状況	<input type="checkbox"/> 自助具不要で単独歩行できる <input type="checkbox"/> 杖や装具(歩行器)使用で単独歩行できる <input type="checkbox"/> 介助にて歩行できる <input type="checkbox"/> 歩行はまったくできない			
コミュニケーション理解力	<input type="checkbox"/> 自由に話せる <input type="checkbox"/> 会話は出来ないが自分の意志は伝えられる <input type="checkbox"/> 意思伝達不可 <input type="checkbox"/> 人の話を理解できる <input type="checkbox"/> 理解できる時もある <input type="checkbox"/> まったく理解できない			

●特別な対応

医療対応	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 経胃瘻栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 間歇導尿 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 部位と方法() <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし ・使用経験のある抗生剤名()
生活対応	<input type="checkbox"/> エアーマットレス <input type="checkbox"/> 移乗パー <input type="checkbox"/> ブザーマット等の移動確認 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 個室対応(理由:)

●社会生活情報

保険の種類等	<input type="checkbox"/> 健康保険(政府管掌・共済・組合) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(1割・3割) <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 特定疾患受給者(難病) <input type="checkbox"/> 高額療養費限度額認定証 <input type="checkbox"/> 重度障害者医療費助成受給者証(減額認定証) <input type="checkbox"/> 交通事故災害(保険会社支払)【保険会社名: , 連絡先: 】
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり 障害名() 障害等級(級) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 現在申請中 交付日 年 月 日
介護保険	<input type="checkbox"/> あり(更新中含む) 交付 年 月 日 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 新規申請中 ・要介護区分(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) ・担当居宅介護支援事業所名【事業所名: , 連絡先: 】 ・担当ケアマネージャー【 】

●その他(連絡・伝達事項等)
