

広瀬病院 入院申込書 (FAX : 022-226-2258)

<送信元>

送信日：令和 年 月 日

医療機関名	:	()	科)
所在地	:		
電話番号	:	()	FAX番号 : ()
医師氏名	:		連絡担当者 :

<ご紹介患者様情報>

1/2枚

フリガナ氏名	様	性別	生年月日	年	月	日	歳
住所	〒		電話番号	()			
要介護度		認定期間	年	月	日	~	年 月 日
居宅介護支援事業所		担当		電話番号	()		
保険種別	国保 社保 生保 高・後	割	その他の医療保険 (減額・現役など)				
介護負担	割	介護減免等	手帳	級 ()	難病 ()		
吸引	無・有 (回/昼・ 回/夜)		麻痺	無・有 ()			
吸入	無・有 (回/日)		身体拘束	無・有 ()			
酸素	無・有 (ℓ/min, off時O2SAT %)		心電図	無・有			
皮膚症状	無・有 (場所 :) (状態 :)		処置内容	・			
血糖測定	無・有 (検/日)		ｲｽﾘﾝ	無・有 ()			
アレルギー	無・有 ()						
感染症	無・有 : HBs ()・HCV ()・Wa ()・その他 ()						
ペースメーカー	無・有 (次回点検予定日 R 年 月 日・点検予定機関 :						
認知症状	無・やや有・有・判断不能		問題行動	無・有 ()			
不眠時指示	無・有 ()		不穏時指示	無・有 ()			
会話	不可・時々可能・理解は可能・可		意識レベル	清明・障害あり (JCS)			

ADL	移動	自力歩行 一部介助 歩行見守り 杖・歩行器 車椅子自走 車椅子見守り 車椅子介助 寝たきり
	食事	経口 (自力・セッティング・一部介助・全介助) 形態 (常食・全粥・分粥・嚥下食・刻み・ミキサー・トシ)
		経管 (鼻・胃) 栄養剤 () 投与量 (- -) 水分 (- -)
		胃瘻造設日 (R 年 月 日) メーカー () タイプ () 製品名 ()
	点滴 (Div・IVH・カテーテル・ポート) 挿入部位 () 次回交換予定日 R . . .	
排泄	自立 トイレ誘導 見守り 介助 尿管カテーテル (最終交換日 R 年 月 日)	
	ポータブル リハビリパンツ 一部オムツ オムツ 膀胱瘻 ストーマ 自己導尿 サイズ : Fr	

当院入院中に希望すること	リハビリ	無・有（本人の希望：） （ご家族の希望：）
	急変時	DNAR・その他希望など（）
	入院期間	R 年 月 日～R 年 月 日まで
	入院目的	リハビリ希望 ・ 長期療養希望 ・ その他（）
	入院部屋	無・有（有料室料の支払い 可能・不可・希望…個室・二人部屋）
退院先について	未定 ・ 自宅 ・ （施設・病院→名称：）	
	当院長期療養病棟	申込状況（申込 未・済（ / ）待機期間：）
	その他（希望・条件など…）	
ご家族様について	構成	
	父	（ 才）
		（ 才）
		（ 才）
		（ 才）
		（ 才）
	母	（ 才）
本人	（ 才） 住所： 市区	
	（ 才） 住所： 市区	
	（ 才） 住所： 市区	
	（ 才） 住所： 市区	
	（ 才） 住所： 市区	
	（ 才） 住所： 市区	
	配偶者	（ 才） 住所： 市区
キーパーソン：	（氏名	本人との関係：）
金銭管理	：（氏名	本人との関係：）
協力体制	： 協力的 ・ 依頼すれば可 ・ 困難	
その他（	）	
希望病棟について	一般病棟 ・ 地域包括ケア病棟 ・ 医療療養病棟 ・ どこでも良い ※希望病棟に○をつけて下さい。 ※判定会議の結果、ご希望の病棟に入院できない場合は、事前にご相談させていただきます。	
入院申込時に送付頂く書類等について	①入院申込書 両面2枚 ②診療情報提供書 ③入院中の検査データ・画像診断結果報告書 等 ④お薬（内服薬・外用薬）・点滴内容 等 ⑤直近3カ月以内で入院歴の有無（有の場合、疾患名と入院先病院名）	