

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	O <sub>2</sub> SAT (%)	心電図	無・有		
皮膚症状	無・有 ( )	場所 :		処置内容	・		
		(状態 :			・		
血糖測定	無・有 ( )	検/日		イリリ	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	トモ誘導	見守り	介助	尿カテーテル (最終交換日 R 年 月 日)					
	ポ-ダブル	リハ-リ-パイ	一部オムツ	オムツ	膀胱瘻	スト-マ	自己導尿	サイズ :	Fr	

