

地域連携室 入院申込患者報告書

問合 年 月 日
作成 年 月 日

氏名	様	性別	生年月日： 年 月 日 歳
入院月日			<既往歴>
			年 (Hp)
主治医			年 (Hp)
			年 (Hp)
病名			年 (Hp)
			年 (Hp)
			<利用中の介護サービス等について>
			<当院希望理由>
現時点での抗生剤の使用→無・有			
吸引	無・有 (回/日)	麻痺	無・有 ()
吸入	無・有 (回/日)	身体拘束	無・有 ()
酸素	無・有 (l/min, off時SPO2 %)	皮膚症状	無・有 ()
気切	無・有 (交換予定日 H . . .)	処置内容	
認知症状	無・やや有・有・判断不能		感染症 HBs・HCV・疥癬
問題行動	無・有 ()		無・有 MRSA 検出部位 (/)
会話	不可・時々可能・理解は可能・可		緑膿菌 検出部位 (/)
意識レベル	清明・障害あり (JCS)		その他 ()
ADL	移動	自力歩行 一部介助 杖・歩行器 車椅子自走 車椅子介助 寝たきり 着脱介助：無・有 (一部・全部)	
	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・トミ)	
		経管 (鼻・胃) 栄養剤 () 投与量 (- -) 水分 (- -)	
		点滴 (Div・IVH・カテーテル・ポート) 挿入部位 () 次回交換予定日 H . . .	
排泄	自立 ホ-タル 一部オムツ オムツ リハビリ ヲール ストーマ (介助・見守り)		
当院入院中に希望すること	リハビリ	無・有→慢性期+当院主治医判断→可・不可 <その他>	
	延命治療	無・有→点滴+酸素等のみ→可・不可	
	入院部屋	無・有→個室・二人・四人・六人	
家族構成	本人	配偶者	キーパーソン：
			緊急連絡先 ① ②
			面会の割合 (日/週) お金の管理→

