

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：)	処置内容	・						
		(状態：)		・						
血糖測定	無・有	(検/日)	ｲﾝｼﾞﾝ	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 ()								
排泄	点滴 (Div・IVH・カテーテル・ポート) 挿入部位 ()		次回交換予定日 R . . .							
	自立	トイ誘導	見守り	介助	尿カテーテル (最終交換日 R 年 月 日)					
ホータブル		リハビリ	一部オムツ	オムツ	膀胱瘻	ストーマ	自己導尿	サイズ： Fr		

