

短期入院申込患者情報

入院中・入所中・在宅

申込者氏名 _____ 様 電話 _____
 Fax _____

申込日 H _____ 年 _____ 月 _____ 日
 入院希望日 H _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()
 ~ H _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

入院希望者との続柄：

ふりがな		性別	生年月日 (歳)			
入院希望者氏名	様	男・女	M・T・S・H 年 月 日			
住所		電話				
キーパーソン	氏名 続柄	電話				
疾患名		受傷年月日	年 月 日			
感染症	無・HBV (+ ・ -) HCV (+ ・ -) その他 ()					
かかりつけ医		他 施設				
現在のリハビリ	無 ・ 入院リハビリ ・ 訪問リハビリ ・ 通所リハビリ					
現在の状態 (該当箇所に○印をして下さい)		可	部分介助	全介助	不可	備考 身長 cm 体重 kg
離床						
移乗動作						
移動方法	独歩・杖・歩行器・車イス・スリッパ					
食事摂取	経口・経管栄養 (鼻腔・胃瘻)					
アレルギー						
排尿	トイレ・オムツ・カテーテル					
排便	トイレ・オムツ					
意識状態	明瞭・不明瞭 (JCS :)					
夜間の様子	良眠・不眠傾向・眠剤服用・大声を出す・いびき・徘徊・					
医療内容	酸素吸入 (L/分) ・ 吸引器 (頻度)					
	気管カニューレ・中心静脈栄養・末梢・他 ()					
個室希望	無・有 (個室・2人部屋)					
退院希望先	自宅・施設・病院・他 ()					
医療保険情報 ※別紙あれば 記入不要	保険者番号	記号番号			本人・家族	負担 割
	公費等	受給者番号			限度額認定	
介護料受給資格	脳 (特I種・I種・II種) ・ 脊髄 (特I種・I種・II種) ・ 胸腹部臓器 (I種・II種)				身体障害者手帳 無・有	