

患者情報提供書 (入院申込)

入院中・入所中・自宅

紹介元

相談
担当者

様

入所中
施設名

Tel

Fax

入院希望日

以降 (不都合日

3ヶ月以内の他院入院歴 無・有 (/ ~ /)

申込日 年 月 日

ふりがな			性別	生年月日	大・昭・平	年	月	日	歳
患者氏名	様		男・女	身長	cm	体重	kg		
住所 <small>※別記あれば不要</small>	〒			TEL					
キーパーソン	様	続柄	住所			TEL			
家庭状況									
保険等 <small>※別記あれば不要</small>	保険者番号	記号番号	枝番	本人・家族	負担	割			
	公費等負担者番号	受給者番号	生保・労災・自賠責	限度額認定					
介護保険	無・申請中・要支援()・要介護()		事業所名			担当者名			
介護福祉サービス	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 他()								
算定中の管理料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 在宅時医学総合管理料 <input type="checkbox"/> 施設入所時等医学総合管理料 <input type="checkbox"/> 在宅がん医療総合診療料 <input type="checkbox"/> 在宅療養指導管理料(在宅自己注射除く) <input type="checkbox"/> 二次性骨折予防継続管理料						連携パス 無・有		
他院受診	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()								
既往歴 <small>※別記あれば不要</small>									
主傷病名				診断日					手術日
入院日		リハビリ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 廃用 <input type="checkbox"/> 運 <input type="checkbox"/> 呼 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 心	<input type="checkbox"/> 摂食機能療法：開始日					
床上安静の指示	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> どちらかの手を胸元まで持ち上げられる			<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない			
寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない		起き上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない					
座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない		移乗	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り、一部介助 <input type="checkbox"/> できない					
移動方法	<input type="checkbox"/> 介助を要しない移動 <input type="checkbox"/> 介助を要する移動		<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー						
口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
食事摂取	経口摂取： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ムース		トロミ： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			経管栄養： <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻			
	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		アレルギー： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：						
排尿	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル		排便		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 下剤服用：				
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
意識状態	<input type="checkbox"/> 明瞭 <input type="checkbox"/> 不明瞭 (JCS		難聴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
他者へ意思伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できる時とできない時がある <input type="checkbox"/> できない			診療上指示が通じる		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
危険行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()								
問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 他 ()								
医療処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 (L/分) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (回/日) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 他 ()								
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> 他 ()								
発熱	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：原因 ()								
部屋希望	<input type="checkbox"/> 4人室 <input type="checkbox"/> 2人室 <input type="checkbox"/> 個室		※ベッド状況によりご希望に添えないことがあります						
退院希望先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 他 ()								
その他									