

鎌ヶ谷総合病院 回復期リハビリテーション病棟 入院申し込み書

(FAX:047-498-8134)

記載日:平成 年 月 日

病院名		診療科		担当医	先生		
担当者		職種		電話番号			
患者氏名		年齢	歳	生年月日	明・大・昭・平 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
キーパーソン		続柄		介護認定	要支援( ) 要介護( ) 申請中 / なし		

主病名	発症日	平成 年 月 日	
	手術日	平成 年 月 日	
	起算日(廃用)	平成 年 月 日	
併存し治療・経過観察が必要な疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病( <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 血糖測定: 回/日)		
	<input type="checkbox"/> 心疾患( ) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患( )		
	<input type="checkbox"/> 整形疾患( ) <input type="checkbox"/> 神経難病・疾患( )		
	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(部位: ) 治療内容( )		
<input type="checkbox"/> 慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他( )			
感染症	<input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 梅毒	皮膚トラブル	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
医療行為	<input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 酸素( L) <input type="checkbox"/> 吸引( 回/日) <input type="checkbox"/> 処置(内容: )		

機能障害	<input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 失調 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> その他( )
食事	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養( <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> 経口・経管併用 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄	<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"/> バルーン <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす(移乗 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> ストレッチャー
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴( <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 ) <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 簡単な会話 <input type="checkbox"/> はい・いいえ程度 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 難聴
ナースコール	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 時に可 <input type="checkbox"/> 不可
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 重度
身体抑制	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 安全ベルト <input type="checkbox"/> 離床センサー <input type="checkbox"/> つなぎ
問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
体格	身長( )cm 体重( )kg

希望病床	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 4人床
特記事項	

※診療情報提供書、看護サマリー、直近の採血データを添付し、送付してください。

<回復期病棟 処理欄>

受付日: 年 月 日  
 判定会: 年 月 日 (入院: 可 ・ 否 / 医師面談: あり ・ なし )  
 特記:

連絡日: 年 月 日 (連絡者: )