

回復期病棟入院申込書

(紹介元病院名

)

記入者

職種

個室希望 : 無 ・ 有 (3,240円~4,320円)

記入日

年

月

日

ふりがな	年齢		生年月日		性別	職業
患者氏名			大正	昭和	平成	
			年	月	日	男 ・ 女
主病名 (発症日)	(年 月 日)		(介護者)	キーパーソン: 介護者: 患者家族構成:(続柄: 続柄:)
既往歴 合併症	無 ・ 有 (
保険情報	国保 ・ 社保 ・ 労災 ・ 自賠 ・ 後期高齢 ・ その他		限度額認定証 : 有(区分) ・ 無			
	生活保護 (担当者: 連絡先:)					
	介護保険 無 ・ 有 要支援: 要介護: 申請中(申請日)					
食事形態	食種(主食: 副食:) 制限:無 ・ 有(パン禁・麵禁・DM食・Na制限食)		摂取量 ()			
	トロミ:無 ・ 有 食物アレルギー() その他()					
	経管栄養:経鼻・胃瘻 (栄養剤 (水分量		朝: ml 昼: ml 夜: ml)			
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ オムツ ・ バルンカテーテル ・ ストマ ・ ウロストミー					
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 ()					
行動制限	無 ・ 有 (体幹 ・ ミトン ・ 安全センサー ・ その他 () 移動方法 ()					
日常生活 自立度	※該当する項目に○をつけて下さい。					
	日常生活機能評価表	0点		1点		2点
	床上安静の指示	なし		あり		-
	どちらかの手を胸元まで上げられる	できる		できない		-
	寝返り	できる		何かにつかまればできる		できない
	起き上がり	できる		できない		-
	座位保持	できる		支えがあればできる		できない
	移乗	できる		見守り ・ 一部介助		できない
	移動方法	介助を要しない移動		介助を要する移動		-
	口腔清潔	できる		できない		-
	食事摂取	介助なし		一部介助		全介助
	衣服の着脱	介助なし		一部介助		全介助
	他者への意思伝達	できる		できる時とできない時がある		できない
	診療療養上の指示が通じる	はい		いいえ		-
	危険行動	ない		ある		-
身長・体重	cm	kg	1週間以内の計測地 (計測日 /)		評価日	年 月 日 計 点
認知面	問題なし ・ 物忘れ程度 ・ 暴言 ・ 徘徊 ・ 独語 ・ 危険行為 ・ その他()					
精神面	問題なし ・ 混乱 ・ 夜間不穏 ・ 意欲低下 ・ うつ傾向 ・ その他()					
生活面	いびき ・ 歯グシリ ・ 寝言 同室者とのトラブル : 無 ・ 有					
医療処置	気管切開 : 無 ・ 有 (カニューレ種類: サイズ:)					
	吸引 : 無 ・ 有 (回数 回/日) 酸素(L)					
	血糖値検査(回/日) インスリン(薬品名:)					
	褥瘡 : 無 ・ 有 (部位 ・ 大きさ 処置内容:)					
感染症	無 ・ 有 (MRSA ・ HBs ・ HCV ・ 緑膿菌 ・ TPHA ・ その他() その他()					
退院 見込先	自宅 ・ 介護保険施設 (特養 ・ 老健 ・ グループホーム ・ 有料系施設) 本人の意向 () 家族の意向 ()					