

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) 障害手帳 無 ・ 有 身体: 級 療育: 級 精神: 級			
食事形態	食種(主食: 副食:) 制限:無 ・ 有(パン禁・麺禁・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 朝: ml 昼: ml 夜: ml) (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 ()			