

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 (3,300円~4,400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	男 ・ 女	
		年	月	日		
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	障害手帳 無 ・ 有 身体: 級 療育: 級 精神: 級					
	食種(主食: 副食:) 制限:無 ・ 有(パン禁・麺禁・DM食・Na制限食) 摂取量 ()					
	食物アレルギー() 嚥下食コード() トロミ(口薄い 口中間 口濃い)					
排泄	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)					
入浴	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					
行動制限	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 ()					
日常生活自立度	無 ・ 有 (体幹 ・ ミトン ・ 安全センサー ・ その他 () 移動方法 ()					
	※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:)					
感染症	褥瘡 : 無 ・ 有 (部位 ・ 大きさ 処置内容:)					
	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 ()					