

一般・包括・療養・緩和 病棟入院申込書 (診療情報提供書と合わせてFAXしてください。)

記入日： 年 月 日

記入者氏名：

患者氏名	(フリガナ)		性別	年齢	生年月日	T・S・H 年 月 日
	様		男・女	歳		
住所	〒				電話番号	- -
キーパーソン氏名		続柄	住所 (患者さんと別居の場合ご記入ください)			
保険種別	前期高齢者(2割・3割)・後期高齢者(1割・3割)・国保・社保・生活保護・労災・自費					
介護保険	要支援()・要介護()・未申請・申請中・変更申請中					
身体状況	栄養	経口摂取(常食・ミキ・食・全がゆ)・経管栄養(胃ろう・経鼻/内容)・欠食				
	排泄	トイレ・Pトイレ・オムツ・バルーン・ストマ・その他(特記事項があればご記入ください)				
	移動	独歩・杖歩行・歩行器・車椅子(自走・介助)・ストレッチャー				
	麻痺	無・有				
	認知症	無・有(有るが問題行動なし・見当識障害・記憶障害・せん妄・不潔行為・暴力行為・その他:)				
	意思疎通	可能・不可能				
医療管理・処置状況	酸素	無・有(カニュラ・マスク) ※ 転院後継続				無・有
	気管切開	無・有(種類:)		麻薬使用	無・有(薬品名:)	
	人工呼吸器	無・有(種類:)		吸引	無・有(回/日)	
	人工透析	無・有(月・火・水・木・金・土・日)		血糖検査	回/日	
	褥瘡	無・有(部位・大きさ・薬品名:)				
	処置	無・有(部位・大きさ・薬品名:)				
	注射	インスリン・末梢点滴・CV(内容:)				
	リハビリ	無・有(PT・OT・ST・その他:)				
身体拘束	無・有(内容:)					
感染症	無・有(MRSA・疥癬・緑膿菌・HBV・HCV・TPHA・その他:)					
急変時の対応	NO-CPR ・ CPR希望 ・ 未確認 ・ その他()					
<その他・備考>	■病室の希望(個室・大部屋) ※必ずご記入ください。					

医療区分-ADL区分評価 (当院で記入)	—
-------------------------	---

2018.8改定

とちぎメディカルセンター とちのき
地域医療連携室FAX(直通)0282-21-7710