

新発田リハビリテーション病院 入院申込書 (兼 相談シート)		新発田リハビリテーション病院 TEL 0254-21-0076 FAX 0254-28-8152		地域連携室			
<small>(フリガナ)</small>			生年月日				
患者名			年	月	日 歳		
住所	〒						
主病名	入院日		年	月	日		
	発症日		年	月	日		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> その他				
依頼理由							
感染症	<input type="checkbox"/> なし						
	<input type="checkbox"/> あり						
COVID19	感染歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり(陽性確認 年 月 日)			
	ワクチン接種歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( 回 ) 最終接種 年 月				
家族構成			身元 引受人	続柄			
			住所				
			電話番号				
			病棟希望	<input type="checkbox"/> 地域一般	<input type="checkbox"/> 地域包括	<input type="checkbox"/> 回復期	<input type="checkbox"/> 医療療養
			個室希望	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
保険種別	<input type="checkbox"/> 健康保険	<input type="checkbox"/> 組合	<input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> 共済組合			
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 特定疾患	<input type="checkbox"/> 県障			
	<input type="checkbox"/> 標準負担減額認定証	<input type="checkbox"/> その他( )					
保険者番号	記号・番号		公費負担番号				
受給者番号	負担割合		被保険者				
介護保険	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 区変中	<input type="checkbox"/> 非該当			
	[ 介護調査 ] <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未：調査予定日 ( 月 日 )						
	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 要介護	1	2 3 4 5		
身障手帳	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( 障がい名 )			種 級		
入院後の意向	<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 施設入所( <small>申し込み施設</small> )					
担当ケアマネ	氏名	事業所					
紹介元	病院名	住所					
	診療科	主治医					
	TEL	FAX					
	依頼日	記入者					

ADL状況

患者名 \_\_\_\_\_ 様  男性  女性 満 \_\_\_\_\_ 歳 記入日 \_\_\_\_\_

栄養	経口	食事動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
		食形態	主食	<input type="checkbox"/> 米飯	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> ゼリー
			副食	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 軟菜	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> 極刻み
		<input type="checkbox"/> ミキサー		<input type="checkbox"/> ゼリー			
		制限食	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( _____ )			
	補食等	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( _____ )				
	経管栄養・点滴		内容	白湯		総エネルギー量	
		胃瘻					
		経鼻					
		腸瘻 点滴					
水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( _____ )					
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( _____ )					
義歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( _____ )					
排泄	動作	<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"/> トイレ	<input type="checkbox"/> Pトイレ	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> フォーレ	
尿便意	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
基本動作	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 普通車いす	<input type="checkbox"/> リクライニング車いす	<input type="checkbox"/> ストレッチャー		
		歩行補助具	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( _____ )			
	入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> チェア浴	<input type="checkbox"/> 特浴			
<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
医療面	処置	種類	サイズ	固定	最終交換日	次回交換日	
		<input type="checkbox"/> 経管栄養					
		<input type="checkbox"/> 気管切開					
		<input type="checkbox"/> フォーレ					
		<input type="checkbox"/> 酸素	( _____ ℓ/min	マスク	カメラ	リザーバー	( _____ )
		<input type="checkbox"/> 吸引	( _____ 回/日	( _____ )			
	<input type="checkbox"/> 褥瘡	( 部位 _____ 処置 _____ )	DESIGN-R				
<input type="checkbox"/> 排便コントロール	( _____ )						
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( _____ )					
身体面	身長	_____ cm	体重	_____ kg	(測定日 _____)		
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (部位 _____)				
	拘縮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (部位 _____)				
精神面	意思疎通	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可能 (言語障害 _____)		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	視力	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 見えない				
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 聞こえない				
	問題行動	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( _____ )		( ナースコール使用 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 )		
	身体抑制	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( _____ )				
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠	<input type="checkbox"/> 浅眠	<input type="checkbox"/> 不眠 ( 眠剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [ _____ ] )			