

豊後大野市民病院 回復期リハビリテーション病棟 入院申込書

記入日 平成 年 月

医療機関名	診療科	担当医師	先生
病棟	担当者	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> その他 ( ) 連絡先 ( )	

ふりがな氏名	住所
生年月日 M・T・S 年 月 日 ( 歳)	電話番号

保険区分	<input type="checkbox"/> 社保 (本人・家族) <input type="checkbox"/> 国保 (本人・家族) <input type="checkbox"/> 高齢 ( 割) <input type="checkbox"/> 後期 ( 割) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
保険者番号	記号・番号		
公費番号	受給者番号		

※ 保険証のコピーを送っていただく場合は記入不要です。

主病名	発症日	平成 年 月 日
	手術日	平成 年 月 日

併存疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心房細胞 <input type="checkbox"/> その他心臓病 <input type="checkbox"/> 脳卒中後遺症 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 骨関節疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 神経筋疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
------	---	--	--	--	--	--

治療経過	現在の処方内容
------	---------

ADL等	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可 食事内容：常食・軟食・とろみ・キザミ・全粥・その他 ( )				
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 失禁 ( 有 ・ 無 ) ポータブル ・ 尿器 ・ 留置カテーテル ・ オムツ ( 日中 ・ 夜間 )				
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 杖・歩行器・車いす (自走可・不可) ・ ストレッチャー				
	移 乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	運動能力	<input type="checkbox"/> 麻痺 右 (上肢・下肢) 左 (上肢・下肢) <input type="checkbox"/> 失調症 <input type="checkbox"/> 錐体外路障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 簡単な会話程度 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 不可 ( 失語 ・ 構音障害 )				
	精神・問題行動	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠				
医療行為等	<input type="checkbox"/> 褥瘡 ( ) <input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 感染症 ( ) <input type="checkbox"/> リハ実施 ( 有 ・ 無 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )					

障害 (後遺症) 及びゴール設定の説明等	本人に対して :	予想される退院先
	ご家族に対して :	

介護保険	交付状況等	<input type="checkbox"/> 有 (交付 年 月 日) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	
	要介護度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 ( 1 ・ 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )	
	その他	担当居宅介護支援事業所 ( ) 担当者 ( )	

家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦2人 <input type="checkbox"/> 同居者あり (続柄: ) キーパーソン氏名 ( ) 続柄 ( ) 連絡先 ( )		
------	--	--	--

特記事項	
------	--

※ お申し込みは、診療情報提供書とともに地域医療連携室あてFAX送信をお願い致します。

なお、貴院の「退院証明書」については、患者さん若しくはご家族の方へ持参していただくよう周知方お願い致します。

【連絡先】豊後大野市民病院地域医療連携室 TEL 0974-42-3149 (直通) FAX 0974-42-3085