

回復期リハビリテーション病棟入院申込書

記載日：令和 年 月 日

病院名	担当医師		診療科	科
TEL	記載者		パス使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
フリガナ		性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	(歳)
現住所 (自宅)			電話	
家族構成 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居者あり()				
キーパーソン	氏名 続柄 () <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
保険種別	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 老人医療 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 原爆医療 <input type="checkbox"/> その他 ()			
介護保険	<input type="checkbox"/> あり (交付 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 要介護度 (<input type="checkbox"/> 自立 /要支援【 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2】/要介護【 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5】 担当居宅支援事業所 () 担当氏名 () 電話 ()			
身障手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (級)			
病名	入院日 (令和 年 月 日)			
術式	手術日 (令和 年 月 日)			
リハビリ対象疾患	発症日 (令和 年 月 日)			
既往歴				
現病歴				
発症前状況	<input type="checkbox"/> 屋外移動自立 <input type="checkbox"/> 屋内移動自立 <input type="checkbox"/> ベッド周囲 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他 ()			
身体状況	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢		
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害		
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
日常生活情報	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	トイレ	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル		
	移動(状態)	<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(器具)	<input type="checkbox"/> 杖(1本・4点) <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 未使用		
	意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 出来る場合と出来ない場合がある <input type="checkbox"/> 出来ない		
退院後の方向性	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> その他 ()			
本院退院後貴院再診	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 予約有 令和 年 月 日 : / <input type="checkbox"/> 予約無)			
*その他,ご自由にご記入下さい				