

市立大村市民病院入院申込書

回復期リハビリ病棟
 地域包括ケア病棟
 一般病棟

病 院 名	フリガナ
担 当 医 師	患 者 名
診 療 科	性 別
T E L	生 年 月 日
記 載 者	身 長 cm (/)
パ ス 使 用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	体 重 kg (/)

入 院 日	家 族 構 成 <input type="checkbox"/> 独居
病 名	<input type="checkbox"/> 同居者 ()
術 式	キ ー パ ー ソ ン 氏名:
手 術 日	<input type="checkbox"/> 続柄
リハ病名	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
起 算 日	そ の 他 (ACP等)
既 往 歴	

現在の状況

日 常 生 活 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助	介 護 保 険 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 申請中
食 事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自全介助	要 介 護 度 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
排 泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自全介助	介 護 事 業 所
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"/> 膀胱留置カテーテル	ケアマネージャー
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"/> 自全介助	発 症 前 ADL <input type="checkbox"/> 屋外自立 <input type="checkbox"/> 屋内自立 <input type="checkbox"/> ベッド周囲 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他()
移 動 (器 具) <input type="checkbox"/> 杖(1点) <input type="checkbox"/> 杖(4点) <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> なし	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 ()
意 思 疎 通 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> できない	退 院 後 再 診 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 予約あり <input type="checkbox"/> 予約なし
麻 痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢	再 診 日 時 年 月 日 (:)
嚥 下 障 害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	搬 送 方 法 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 病院車 <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> ()
言 語 障 害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	個 室 希 望 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 11000 <input type="checkbox"/> 6600 <input type="checkbox"/> 5500
認 知 症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
医 療 処 置 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他 ()	
食 事 形 態 食 種:	市立大村市民病院使用欄
主 食:	転 院 日
副 食:	転 院 時 間
アレルギー	病 棟
	診 療 科
	主 治 医