

# 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	
担 当 医 師	
診 療 科	
T E L	
記 載 者	
パ ス 使 用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

I	D		
フリガナ			
患 者 名			
性 別			
生 年 月 日			
身 長		体 重	

入 院 日	
病 名	
術 式	
手 術 日	
リハ病名	
起 算 日	
既 往 歴	

家 族 構 成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居者 (                      )		
キ ー パ ー ソ ン	氏名:		
	<input type="checkbox"/> 続柄		
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
そ の 他 (ACP等)			

現在の状況

日 常 生 活	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング <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"/> 膀胱留置カテーテル
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点) <input type="checkbox"/> 杖(4点) <input type="checkbox"/> 歩行器
	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> なし
意 思 疎 通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> できない
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
嚥 下 障 害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
言 語 障 害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
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:
	主食:
	副食:
アレルギー	

介 護 保 険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 申請中
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
介 護 事 業 所	
ケアマネージャー	
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(                      )
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 (                      )
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
再 診 日 時	年 月 日 (                      :                      )
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"/> (                      )
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

市立大村市民病院使用欄

転 院 日	年 月 日
転 院 時 間	:                      :
病 棟	
診 療 科	
主 治 医	