

瀬尾記念慶友病院入院申込書

回復期リハビリテーション病棟 記載日 年 月 日
 地域包括ケア病棟(どちらでも可能であれば両方チェック) 連携パス 無 ・ 有 (大腿骨・脳卒中)

患者氏名		生年月日	T・S・H 年 月 日 歳
住所		保険	社保・後期高齢・国保・労災・自賠・生保
疾患名		電話番号	()
発症又は手術日	年 月 日	転院方法	歩行・車椅子・ストレッチャー
日常生活機能評価	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	—
どちらかの手を胸元まで上げられる	できる	できない	—
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	—
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動	—
口腔清潔	できる	できない	—
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思伝達	できる	できる時できない時あり	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
危険行動	ない	ある	—
褥瘡の有無	無 ・ 有 (部位 大きさ)(処置)		
認知症の有無	無 ・ 有 (徘徊・昼夜逆転・暴言暴力・見当識障害 HDS-R 点)		
医療行為	無 ・ 有 (吸引・酸素・導尿・インシュリン・その他)		
身体抑制の有無	無 ・ 有 (使用しているもの)		
移動方法	受傷前	独歩・杖・歩行器・車椅子・その他()	
	現在	独歩・杖・歩行器・車椅子・その他()	
食事内容	常食・軟食・とろみ・キザミ・全粥・その他()		
排泄	トイレ・ポータブル・尿器・留置カテーテル・オムツ(終日・夜間)		
目標退院先	自宅・親族宅・施設・その他()		
介護保険	□有 □無 □申請中 (/ 付)		
	要介護度	要支援 (1・2) / 要介護 (1・2・3・4・5)	
	事業所名:	担当者:	連絡先:
家族状況	□独居 □夫婦2人 □同居者あり(続柄)		
キーパーソン	氏名:	続柄:	連絡先: 居住地:
部屋希望	個室 ・ 大部屋 (4人部屋) ・ どちらでもよい		
転院のI.C	内容		
病院名		担当者	

※診療情報提供書・検査データ・処方内容がわかるものとあわせて医療連携室宛にご送付ください

代表電話番号：055-935-1511

直通FAX番号：055-932-1538