

岩国市医療センター医師会病院入院申し込み書 (FAX: 0827-22-1654)

大変お手数ですが下記項目に記入し、診療情報提供書を添付の上、FAXの程よろしくお願ひ申し上げます。
入院受け入れにつきましては入院判定会議で検討させていただき、かけ橋よりご報告致します。
ご不明な点がございましたらかけ橋までご連絡ください。(TEL:0827-21-3225)

①希望病棟 入院希望病棟に○をおつけください。

• 地域包括ケア病棟	• 回復期リハビリ病棟	• 希望なし(急性期を含む)
------------	-------------	----------------

②連絡先

担当窓口	担当者	電話
		FAX

③身元引き受けご家族

氏名	(患者との続柄:)	同居: 有 ・ 無
住所	電話	

④患者状況

フリガナ		性別	
氏名	男 ・ 女	住所	
生年月日	M ・ T ・ S ・ H 年 月 日	年齢	歳 身長 () cm 体重 () Kg
病名		麻痺	無 ・ 有 ⇒ 右 (上肢 ・ 下肢) 左 (上肢 ・ 下肢)
発症日	S ・ H 年 月 日	麻痺の程度	⇒ (軽度 ・ 中等度 ・ 重度)
手術日	H 年 月 日	感覚障害	無 ・ 有 ⇒ (軽度 ・ 中等度 ・ 重度)
身体障害者手帳	無 ・ 有 ⇒ () 級 種類 ()	介護保険	無 ・ 有 ⇒ 要支援 () 要介護 ()
感染症	Wa-R (陰性 ・ 陽性 ・ 不明)	HCV Ab (陰性 ・ 陽性 ・ 不明)	
	HBs Ag (陰性 ・ 陽性 ・ 不明)	MRSA (陰性 ・ 陽性 ・ 不明)	
基本動作	寝返り ()	起き上がり ()	坐位保持 ()
	立ち上がり ()	車椅子駆動 ()	移乗 ()
	歩行 () ⇒歩行補助具(無 ・ 有 ⇒ 平行棒 ・ 歩行器 ・ 四脚杖 ・ 一本杖 ・ その他)		
食事	自立 ・ セッティングすれば可 ・ 一部介助 ・ 全介助 ⇒摂取量 () 割 食種 ()	誤嚥	(無 ・ 有) ⇒ 胃瘻 ・ 腸瘻 ・ 経鼻 (無 ・ 有)
その他	認知症状: 無 ・ 有 ⇒ 症状 () 行動制限: 無 ・ 有 ()		
	コミュニケーション(良好・普通・不可)	リハビリ意欲(無 ・ ムラあり ・ 有)	リハビリ介入(無 ・ 有)
	高次脳機能障害(無 ・ 有)	失語(無 ・ 有)	睡眠(良好 ・ 不良)
	オムツ(無 ・ 有) ⇒ 尿意(無 ・ 有) 便意(無 ・ 有)	尿管(無 ・ 有)	導尿(無 ・ 有)
	酸素(無 ・ 有)	吸引(無 ・ 有)	インスリン(無 ・ 有)
	褥創(無 ・ 有) ⇒ 部位(仙骨 ・ その他)	大きさ(× cm)	
退院予定先	①自宅 ②家族宅 ⇒どのくらいADLがアップすれば①②で介護できるのか? ()		
	③施設 ④その他 ()	介護予定者(続柄)	()
部屋希望	特になし	多床部屋	2人部屋 個室
備考	内服薬や継続が必要と見込まれる医療について記載をお願いします。(紹介状に記載あれば省略可)		