

入院依頼書

<small>(フリガナ)</small>		保険種類 (社保・国保・後期高齢・生保・労災・自賠責)
患者氏名	男・女	生年月日 M・T・S・H 年 月 日 歳
キーパーソン氏名	続柄 () TEL	
病 状	【主病名】 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> クモ膜下出血 <input type="checkbox"/> 大腿骨骨折 () <発症日> 年 月 日 <手術日> 年 月 日	
	【その他の病名】	
	【既往歴】	
	【病状のコメント】	
心 身 状 況	【指示伝達】 <input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 通じない 意識障害 (JCS) (清明・1・2・3・10・20・30・100・200・300)	
	【精神症状・認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (徘徊・不穏・昼夜逆転・せん妄・独語・暴言・暴力) 具体的な症状 ()	
	【失認・失行】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	【失語症】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (運動性・感覚性・全失語・混合性)	
	【構音障害】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	【麻痺の有無】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 左麻痺 <input type="checkbox"/> 右麻痺 <input type="checkbox"/> 両麻痺	
	【嚥下障害】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	【その他の高次脳障害】	
	【褥瘡】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	【感染症】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (MRSA・HCV抗体・HBs抗原・その他)	
	【処置等の有無】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (酸素療法・TPN・胃ろう・鼻腔栄養・気管切開) (バルーン留置・ストマ管理・その他)	
	【食 事】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 口頭指示 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施	
	【排 泄】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 口頭指示 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施 使用物品 おむつ・尿器・ポータブルトイレ・トイレ	
	【入 浴】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 口頭指示 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施	
	【洗 面】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 口頭指示 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施	
【更 衣】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 口頭指示 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施		
【移 動】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 口頭指示 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施 使用物品 車椅子・歩行器・シルバーカー・ストレッチャー・ウォーカーケイン ピックアップウォーカー・杖(T字・4点・ロフストランド)		
【移 乗】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 口頭指示 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施		
【リハビリ実施の有無】 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施		
【将来的な方向性】 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 療養病床等への転院 <input type="checkbox"/> その他 ()		
【その他連絡事項】 * 処方内容についてなど特記事項がございましたらご記入下さい。		
病 院 名	診療科	
紹介医師名	TEL - -	

