

入院依頼書

ID.

患者氏名	(フリガナ) 男・女	保険種類 (社保・国保・後期高齢・生保・労災・自賠責)	生年月日 M・T・S・H 年 月 日 歳
記載日		部屋希望 (個室・多床室)	
キーパーソン連絡先	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・不眠・せん妄・暴言・暴力・独語・抑うつ・記憶障害) 具体的な症状 (センサー対応 <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	
	【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	
	【構音障害】	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	【その他の高次脳機能障害等】	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	【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"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施 ※嚥下障害 (なし・あり) ※食事形態()	
	【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 <input type="checkbox"/> 未実施 使用物品 おむつ・リハビリパンツ・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"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施 (一般浴・機械浴)	
	【洗 面】	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施	リハ病名 ()	リハ起算日 ()
【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() 介護保険…要介護認定の有無 (あり・なし・未確認) ※ありの場合…介護度() 担当ケアマネジャー() 事業所名()			
【その他連絡事項】 ※処方内容について…別紙添付でかまいませんのでお知らせ下さい。			
病 院 名		診療科	
紹介医師名		TEL	- -



井野辺病院 地域医療連携室
(代) TEL 097-586-5522
FAX 097-586-5656

(2022年4月改定)