

福島生協病院（回復期リハ病棟・地域包括ケア病棟・その他）入院申し込み用紙

記入日： 年 月 日

紹介病院（ ）担当者（ ）

フリガナ	(男・女)	(生年月日	年	月	日)
患者氏名：	様	(年齢	歳)	身長	cm 体重 kg
*退院支援加算1 算定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし *地域連携パス <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
現在のADL：					
1.食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
*栄養摂取経路 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）					
*現在の食事の種類 食種（ ） 主食：形態（ ） 副食：形態（ ）					
*水分とろみ <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要					
2.寝返り <input type="checkbox"/> 可能（体交が不要な程度） <input type="checkbox"/> 不能					
3.排尿 尿意（有 無） <input type="checkbox"/> トイレ自立 <input type="checkbox"/> ポータブル自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
4.排便 便意（有 無） <input type="checkbox"/> トイレ自立 <input type="checkbox"/> ポータブル自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
⇒ 3.4でオムツ（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） 尿カテーテル（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 間欠 <input type="checkbox"/> 留置）					
5.移動 <input type="checkbox"/> 歩行可（独歩、杖、歩行器） <input type="checkbox"/> 車椅子（自立、要介助） <input type="checkbox"/> ストレッチャー					
*リハビリ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 リハビリ実施状況 <input type="checkbox"/> 理学 <input type="checkbox"/> 作業 <input type="checkbox"/> 言語					
認知・精神状況：					
1.認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（HDS-R / MMSE 点/実施日 年 月 日）					
2.問題行動 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（徘徊 暴力 暴言 不潔行為 昼夜逆転）					
⇒有の場合対応 <input type="checkbox"/> センサーマット <input type="checkbox"/> 離床センサー <input type="checkbox"/> その他（ ）					
3.会話 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不十分 <input type="checkbox"/> 不可能（構音障害 失語）					
4.高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
処置 医療行為：					
1.酸素吸入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ L/分） 2.喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（約 毎）					
3.インスリン <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 4.点滴の有無（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）*ありの場合、終了予定（ ）					
5.褥創 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位 大きさ × cm）処置内容（ ）					
家族構成：			かかりつけ医：		
KP 様（続柄 ） 住所（ ） 連絡先（ ）			病前能力： <input type="checkbox"/> ADL自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 （ ）		
			病前生活場所： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設（ ） 病前職業： <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> あり（職種： ）		
希望生活先： 希望レベル達しない場合の退院先説明： <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 決定している <input type="checkbox"/> 本人と家族の意見が異なる <input type="checkbox"/> 施設（ ） 申込み <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済					
健康保険・公費： <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
介護認定： 要介護（1・2・3・4・5） 要支援（1・2） 未申請 申請中					
居宅：事業所（ ） ケアマネ（ ）					
連絡事項					