

別紙② 総合南東北病院 地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟 入院申込書

記載日 年 月 日 記載者 () 職種 ()

フリガナ 患者氏名 (男・女) 生年月日 M・T・S 年 月 日 (歳)

診断名			
発症日	年	月	日
入院目的			
合併症	<input type="checkbox"/> 心疾患(心房細動・心不全・心筋梗塞・狭心症) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質代謝異常症 <input type="checkbox"/> 骨関節疾患(症状:) <input type="checkbox"/> その他()		
リハビリ	脳血管・運動器・廃用症候群・呼吸器・がん・心疾患	起算日	年 月 日
身体状況	身長: cm 体重: kg <input type="checkbox"/> 意識障害:無・有(JCS:) <input type="checkbox"/> 麻痺(右・左・両側 / 軽度・中等度・重度) <input type="checkbox"/> 失調(部位:) <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害(症状:) <input type="checkbox"/> 言語障害(運動性・感覚性・その他 / 軽度・中等度・重度) <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位: 処置内容:) <input type="checkbox"/> その他皮膚トラブル(部位: 処置内容:) <input type="checkbox"/> 呼吸障害(喀痰多い・酸素吸入・気管切開) <input type="checkbox"/> インスリン・その他注射治療(内容: 頻度:)		
感染症	<input type="checkbox"/> HBS(+・-・未検) <input type="checkbox"/> 緑膿菌(+・-・未検)→ より検出 <input type="checkbox"/> HCV(+・-・未検) <input type="checkbox"/> CDトキシ(+・-・未検)→ より検出 <input type="checkbox"/> MRSA(+・-・未検)→ より検出		
認知症状	徘徊・昼夜逆転・介護抵抗・その他()		
行動制限	<input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 四肢抑制 上肢(右・左)・下肢(右・左) <input type="checkbox"/> ミトン(右・左) <input type="checkbox"/> 車椅子ベルト <input type="checkbox"/> センサー類(種類:) <input type="checkbox"/> その他()		
A	移動	<input type="checkbox"/> 歩行(独歩・杖・歩行器 / 自立・一部介助・全介助) <input type="checkbox"/> 車椅子(自立・一部介助・全介助) <input type="checkbox"/> ベッド上(寝返り: 可・不可 / 起き上がり: 可・不可)	
	D	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (自立・一部介助・全介助)
L	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻) (内容:)	
その他の情報等	退院先: 自宅・施設・療養型病院・未定(申込施設・病院名:) 介護保険: 申請・未申請		
支援状況	<input type="checkbox"/> 要介護度() <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの事業所・担当者名() <input type="checkbox"/> 入院を希望する日時(年 月 日～ 月 日)		
入院時期	いつでも可・見込み(/ 以降は可)		
家族状況 経済状況 特記事項			
保険情報			