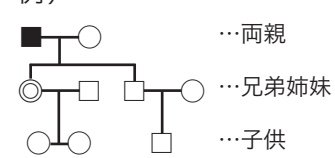


中島病院入院申込書

平成 年 月 日

中島病院 病院長 殿

以下の通り、入院申込を致します。また、入院の際は必ず医師の指示に従います。

フリガナ		性別	生年月日			年齢
患者氏名	様	男・女	明・大・昭	年	月	日生 歳
患者住所	〒					
電話番号	自宅			携帯		
保険種類	1. 健保本人 3. 国保本人 5. 後期高齢 7. 労災 9. 生活保護 2. 健保家族 4. 国保家族 6. 自賠 8. 公務労災 10. その他 ()					
介護保険	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5		無	
	申請中 (月 日申請済み)		再認定中 (月 日申請済み)			
	居宅介護支援事業所			担当ケアマネージャー		
障害者手帳	有 (級)・無・申請中 (月 日申請)			当院入院歴 有・無		
家族構成	配偶者	有・無		キーパーソン		
	子供	男 人・女 人		入院前	と 人暮らし	
	□→男 ○→女 本人は二重丸、亡くなられた方は塗りつぶして下さい。 例)  ...両親 ...兄弟姉妹 ...子供					
入院第一希望	大部屋・2人床・個室			入院第二希望	大部屋・2人床・個室	
退院時引受人 <small>家族近親者で 支払い能力のある人</small>	フリガナ			患者との続柄：		
	氏名 (印)			ご職業：		
	〒			電話番号 ()		
	住所					

診療情報提供書

平成 年 月 日

医療法人社団 同仁会 中島病院 御中

紹介元医療機関名

住所

電話

医師

印

フリガナ ■患者名	様	■年齢	歳	性別	男・女		
		■生年月日	明・大・昭	年	月	日生	
■既往病名及び合併症			■処方・処置				
1	年	月	日	発症			
2	年	月	日	発症			
3	年	月	日	発症			
4	年	月	日	発症			
■現病歴及び現症							
■血液検査（平成 年 月 日）3ヶ月以内のデータをご記入ください。 ※検査データの添付でも構いません。							
WBC		RBC		Hb		血小板	
TP		Alb		総ビリルビン		AST(GOT)	
ALT(GPT)		ALP		γ-GTP		LDH	
TC		血糖		HbA1c		BUN	
Cr		Na		K		Ca	
ABC式血液		RH(O)因子					
・尿一般検査（ 月 日検査）淡白（ ）糖（ ）潜血（ ）							
・感染症検査 HBs抗原（+・-） HCV抗体（+・-） MRSA咽頭（+・-） 鼻腔（+・-）							
■身長 cm 体重 kg 薬剤アレルギー（+・-）疥癬（+・-）及び既往（+・-）							
胸部所見 結核（+・-）			ECK				
精神状況 無・有			1. 記憶障害 2. 記銘力低下 3. 見当識障害 4. 感情失禁 5. 夜間せん妄 6. 意欲低下 7. 不潔行為 8. 暴力行為 9. 徘徊 10. 抑鬱状態 11. その他				
食事（全介助・一部介助・自立） 1. 経口 2. 経鼻 3. PEG 4. その他			排泄（全介助・一部介助・自立） 1. トイレ 2. Pトイレ 3. オムツ 4. その他				
移動（全介助・一部介助・自立） 1. 歩行 2. 杖歩行 3. 車椅子 4. その他							
■麻痺 無・有			1. 片麻痺（右・左） 2. 単麻痺（部位 ） 3. 四肢麻痺				
■言語障害 無・有			1. 発声不能 2. 発声できるが、意味をなさない。 3. 言葉の理解はできるが、発語できない 4. 会話できるが、聞き取りにくい 5. 日常生活に支障はない				
■聴力障害 無・有			1. 全く聞こえない 2. ほとんど聞こえない 3. 補聴器をすれば聞こえる				
■視力障害 無・有			1. 全盲 2. 指数識別可能 3. 歩行に支障あり 4. 歩行に支障なし				
■拘縮 無・有			（部位 疼痛 無・有）				
■褥瘡 無・有			（部位 大きさ ）				
■その他			）				

ADL 評価表

平成 年 月 日

ご多忙のところお手数おかけ致しますが、ご記入下さいますようお願い致します。

フリガナ		医療機関名		
患者氏名	様			
身長体重	cm	kg	血圧	最高 最低

【運動機能評価】

運動項目	詳細	判定	備考
セルフケア	食事		胃瘻・経鼻・IVH・自助具
	整容		
	清拭		
	更衣・上半身		
	更衣・下半身		
	トイレ動作		
排尿コントロール	排尿管理		
	排便管理		
移乗	ベッド・椅子・車椅子		
	トイレ		
	浴槽・シャワー		
	<input type="checkbox"/> 歩行		
	<input type="checkbox"/> 車椅子		
	階段		

*運動項目判定基準

項目	介助者の手出し		備考
A 完全自立	不要	不要	
B 修正自立	不要	不要	時間がかかる、補助具が必要、安全性の配慮
C 監視・準備	必要	不要	監視、指示、促し
D 最小介助	必要	必要	75%以上自分で行う
E 中等度介助	必要	必要	50%以上 75%未満自分で行う
F 最大介助	必要	必要	25%以上 50%未満自分で行う
G 全介助	必要	必要	25%未満しか自分で行わない

廃用をもたらすに至った要因 ()

臥床・活動性低下期間 (2 週間以内・2 週~1 ヶ月・1~3 ヶ月・3~6 ヶ月・6 ヶ月以上)

【認知機能評価】

項目	詳細	
コミュニケーション	理解	問題なし・短文レベルなら可能・文章レベルと単語レベルが半々・単語レベル・不可能
	表出	問題なし・短文レベルなら可能・文章レベルと単語レベルが半々・単語レベル・不可能
社会的認知	社会的交流	問題なし・慣れた場所でも問題あり・進んで周囲と交流しない・慣れた人間でも問題あり・ベッド上でも問題あり
	問題解決	問題なし・複雑な問題は助言必要・ナースコールで助けを求める・危険なことも一人でやる・判断不可能
	記憶	問題なし・ほぼ問題ない・たまに間違える・こまかい点が曖昧・割りと間違える・ほとんど記憶にない

高次脳機能障害

失語症・注意障害・失行症・失認症・他 ()

その他参考となる所見

認知症 (HDS-R 点)

失尿症・夜間せん妄・徘徊・不眠・褥瘡・他 ()

認知症老人日常生活自立度 ()

障害老人日常生活自立度 ()