

医療法人くじらホスピタル 入院申込書

記載日	年	月	日	記入者	職種
病院名	入院診療科			科	主治医
患者イニシャル				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身長
生年月日	西暦	年	月	日	年齢
患者住所					
キーパーソン(イニシャル)	(患者との関係)				
家族構成	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 同居・介護者あり <input type="checkbox"/> 同居・日中単身 <input type="checkbox"/> 二世帯住宅				
主病名	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 脊髄損傷 <input type="checkbox"/> その他 ( )		発症日 (最終手術日 術式 ( )		

病歴・既往歴・処方内容、患者・家族へのリハビリに関する説明内容などは別紙「診療情報提供書」にてお願いします

回復期リハ病棟への適応	<input type="checkbox"/> 発症から2ヶ月以内で回復期病棟に転院可能であること (相談は発症後1ヶ月以内が望ましい) <input type="checkbox"/> 状態が安定しリハビリが可能な状況であり、回復が見込まれる <input type="checkbox"/> 人工呼吸器を使用していない <input type="checkbox"/> 昏睡状態あるいはそれに準じる状態ではない <input type="checkbox"/> 治療を優先する依存疾患がない				
機能障害	<input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 両方麻痺 <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 失調 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
記載時ADL	移動 <input type="checkbox"/> 歩行自立 <input type="checkbox"/> 見守り・介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子自立 <input type="checkbox"/> 車椅子介助 <input type="checkbox"/> ストレッチャー 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助    全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養( <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 ) <input type="checkbox"/> 絶食 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 常時失禁/おむつ使用 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル コミュニケーション <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 会話はどうか可能 <input type="checkbox"/> はい・いいえ程度であいまい <input type="checkbox"/> 困難 スタッフルール <input type="checkbox"/> 可(呼べる) <input type="checkbox"/> ときに可能 <input type="checkbox"/> 不可(呼べない) その他 <input type="checkbox"/> 気管切開中 <input type="checkbox"/> 頻回に吸引が必要 <input type="checkbox"/> 酸素使用中 ( ) <input type="checkbox"/> 透析が必要 精神状態など <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 混乱・常時抑制必要 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 発動性低下 <input type="checkbox"/> 認知症 ( <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 ) <input type="checkbox"/> その他治療を要する精神疾患 ( <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
感染症	<input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> MRSA(+) (部位 ) <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> HBsAg(+) <input type="checkbox"/> HCV(+) <input type="checkbox"/> その他( <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 結核 )				
病前の状態	<input type="checkbox"/> 歩行自立 <input type="checkbox"/> 歩行見守り <input type="checkbox"/> 歩行介助 <input type="checkbox"/> 歩行不可( <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり ) <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 転倒あり <input type="checkbox"/> 認知症 ( <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 ) <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 精神疾患( ) <input type="checkbox"/> 高度難聴 <input type="checkbox"/> 四肢切断あり( 部位 )				
入院中発症した疾患	<input type="checkbox"/> 褥瘡 部位・状況( ) <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 脳卒中再発 <input type="checkbox"/> 転倒による打撲・骨折 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> 消化管出血 <input type="checkbox"/> 痙攣				
併存し今後治療・観察を要する疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病( <input type="checkbox"/> 経口DM薬 <input type="checkbox"/> インスリン ) <input type="checkbox"/> 心房細動(ワファリン投与 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ) <input type="checkbox"/> 洞不全症候群(ペースメーカー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )    心疾患( <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 心臓弁膜弁 ) <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患( <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患・ ) <input type="checkbox"/> 腎疾患(慢性腎不全Cr mg/dl ) <input type="checkbox"/> 整形外科疾患( <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 変形性関節症( <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 口膝 <input type="checkbox"/> 脊椎・ ) <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎症 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 ( 部位 治療内容 ) <input type="checkbox"/> 神経疾患・難病など( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
希望病床	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 個室    ※ 複数選択可				
その他の特記情報(食事薬剤アレルギーなど)					