

FAX番号 0897-55-1660

済生会西条病院 回復期リハ病棟 入院申込書

記入日 R 年 月 日

医療機関名		担当医師	
病棟	連絡先電話	担当者	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 医療連携 <input type="checkbox"/> MSW

フリガナ 氏名	男・女	住所	
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日(歳)	電話番号	

保険区分	社保(本人・家族) 国保(本人・家族) 高齢(割) 後期(割) その他( )		
保険者番号		記号・番号	
公費番号		受給者番号	

※ 保険証のコピーを送っていただく場合は記入不要です。

主病名	発症日	年 月 日
	手術日	年 月 日

併存疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> その他心臓病 <input type="checkbox"/> 脳卒中後遺症 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 骨関節疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 神経筋疾患 <input type="checkbox"/> その他( )
------	---

治療経過	
------	--

A D L 等	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可 食事内容: 常食・軟食・とろみ・キザミ・全粥・その他( )
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 失禁(有・無) ポータブル・尿器・留置カテーテル・オムツ(日中・夜間)
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 杖・歩行器・車いす(自走可・不可)・ストレッチャー
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	運動能力	<input type="checkbox"/> 麻痺 右(上肢・下肢) 左(上肢・下肢) <input type="checkbox"/> 失調症 <input type="checkbox"/> 錐体外路障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> その他( )
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 簡単な会話程度 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 不可(失語・構音障害)
	精神・問題行動	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠
	その他	<input type="checkbox"/> 褥瘡( ) <input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 感染症( ) <input type="checkbox"/> リハ実施(有・無)

特記事項	
------	--

キーパーソン	氏名	続柄	連絡先
--------	----	----	-----

家族とのインフォームドコンセント内容・今後の予定	
--------------------------	--

<連絡先> 済生会西条病院 地域医療連携室 TEL 0897-55-9920 FAX 0897-55-1660 (直通)

TEL 0897-55-5100 (代表)