

アマノ病院入院申込書(回復期・地域包括)

病院名: _____ 記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入者氏名: _____

ふりがな			住所		
患者氏名					
生年月日		電話番号			
ふりがな		続柄	家族構成		
キーパーソン氏名					
保険区分	国保 ・ 社保 ・ 後期高齢 ・ 交通事故 ・ 労災 ・ 生活保護 ・ その他 負担割合 続柄 本人・家族				
主病名 リハ病名		発症日 手術日 リハ開始日	年 年 年	月 月 月	日 日 日
			身長	cm	
			体重	kg	
既往歴					
発症前のADL	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他				
現在のADL					
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 ・ 経口摂取不可				
食事内容	常食 ・ 治療食	内容	Kcal	塩分	g
食形態	きざみ ・ ソフト ・ パースト				
経管栄養	胃管 ・ 胃瘻	内容	Kcal	白湯	ml
排泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ おむつ ・ 尿器 ・ ポータブル ・ バルン				
更衣	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				
入浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 機械浴 ・ 清拭 ・ シャワー浴				
移動	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				
	杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ 自走可 ・ 自走不可 ・ ストレッチャー				
移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				
運動能力	麻痺 無 ・ 有 有の場合 上肢 R L 下肢 R L MMT R / L /				
意思疎通	可能 ・ 不可 ・ 難聴 ・ 失語 ・ 視覚障害				
高次脳機能障害等	半側無視 ・ 注意障害 ・ 認知症 ・ 療養上の指示が入らない 問題行動 ・ 不穏 ・ 離棟 ・ 介護抵抗 ・ 暴言 ・ 暴力 抑制 ・ 介護衣 ・ ミトン ・ センサーマット ・ 体幹ベルト				
その他	褥瘡 有 ・ 無 酸素 L 気管切開 吸引回数()回 点滴 有 ・ 無 血糖測定 インスリン ナースコール 可 ・ 不可 感染症 無 ・ 有 () アレルギー 無 ・ 有 ()				
介護保険	有 ・ 無 ・ 申請中		介護度	居宅	
特記事項					
整形外科の場合 固定・荷重 制限等					
今後の方向性	本人希望 家族希望				
転院時の送迎希望有無 希望しない ・ 希望する 希望される方 : 付き添い あり ・ なし					
新型コロナワクチン接種 未接種 ・ 接種済み 回数() 最終接種日: _____ 年 _____ 月 _____ 日					