

大分健生病院 入院申込書

記入日 年 月 日

貴病院名		科	担当医師	
			先生	
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	住所		〒
氏名	月	日	
生年月日	M・T・S 年 月 日	(歳)	電話番号
保険情報	区分	本人・家族	保険者番号 (負担割)
	公費	公費番号	記号・番号

※住所・保険情報は、別紙記載やコピー等を送って頂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	cm 体重 kg
処置等・その他	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (<input type="checkbox"/> 酸素投与 (<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 点滴・注射 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()	
マットレスの種類	<input type="checkbox"/> マットレスの種類 ()	
ADL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 (、 形態 (・常食 ・軟食 ・一口大 ・キザミ ・キザミトロミ ・ 主食 (・米飯 ・軟飯 ・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 (ポータブル ・ オムツ) <input type="checkbox"/> バルーン留置
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー)
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 簡単な会話 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 不可 (失語・構音障害) <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 危険行動
特記事項		

かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (医療機関名:)
--------	---

介護保険	<input type="checkbox"/> 申請済 (介護度:) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請 (検討中 ・ 希望)
------	---

ケアマネ	事業所: 担当者: (連絡先)
------	-----------------

キーパーソン	氏名	(続柄:)
	連絡先	(連絡希望時間帯:)

今後の方針	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未定
-------	---

家族の方針・今後の予定	
-------------	--