

担当者：

入院希望者情報（情報送信日：令和 年 月 日）

フリガナ	(性別)	(生年月日)
患者氏名：	男・女	M・T・S 年 月 日 (歳)
患者住所：	(名前) (続柄)	
	(連絡先)	
身長： cm	体重： kg	(名前) (続柄)
		(連絡先)

主病名(発症・受傷日)：	薬剤特記事項(アレルギーなど)：
既往歴：	
現病歴：	
感染症	： 無 ・ 有 (ワ氏 HBs抗原 HCV抗体 MRSA その他_____)
クリティカルパス	： 無 ・ 有 (大腿骨頸部骨折 ・ 脳卒中)
リハビリテーション	： 無 ・ 有 (疾患名：_____)
MRI検査の可・不可	： 可 ・ 不可 (不可の場合の理由：_____ 直近の検査日と部位：_____)
他院・他科 (かかりつけ医) 受診状況	有 診療科 _____ 診療施設 _____ 無

ADL	栄養	： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・経鼻) <input type="checkbox"/> CV
	歩行	： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (_____)
	会話	： <input type="checkbox"/> 成立 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> できない (_____)
	排泄(排便)	： <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> トイレ
	排泄(排尿)	： <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> トイレ
	尿失禁	： <input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 無し
	認知症高齢者の生活自立度	： _____ 障害老人の生活自立度 _____
	行動・心理症状 問題行動	：
	褥瘡	： 無 ・ 有 (部位と状態：_____)
	麻痺	： 無 ・ 有 (_____)
	拘縮	： 無 ・ 有 (_____)
	抑制	： 無 ・ 有 (ミトン 胸部 手足 その他_____)
	エアーマットの使用	： 無 ・ 有

患者家族構成	患者の要望
	<input type="checkbox"/> 在宅希望
	<input type="checkbox"/> 施設、他院紹介希望
生活状況	家族の要望
： <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居者有り <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 在宅希望 <input type="checkbox"/> 長期療養入院希望
キーパーソン：(_____)	<input type="checkbox"/> 施設、他院紹介希望

介護保険	： <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 介護度(_____)
ケアマネ	： 氏名 _____ (所属_____)

備考欄

医療法人社団 仁敬会 入善セントラル病院
富山県下新川郡入善町入膳3345-2
TEL:(0765)-72-5555
FAX:(0765)-74-2012