

# 地域包括ケア病棟入院申込書

記載日 ( 年 月 日)

(患者様記入)

現在入院中の医療機関名

病院

フリガナ 氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日生 ( ) 歳 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
〒 ー 現住所 (ご自宅)	電話 ( )

※以下の項目はできるだけ**家族**もしくは**本人**で記入してください (記入者: )

連絡先は2名ご記入下さい。

連絡先① *キーパーソン になる方を記入	フリガナ 氏名 ご住所	続柄 ( )	自宅 携帯	( ) ー ー
連絡先②	フリガナ 氏名 ご住所	続柄 ( )	自宅 携帯	( ) ー ー
保険の種別	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 高齢者医療 <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他	農協組合員の(有・無) <input type="checkbox"/> 組合員 ( ) 農協)		

生活の自立	<input type="checkbox"/> 日常生活に全く問題はなかった <input type="checkbox"/> 不自由さがあった 具体的には・・・		
職業	<input type="checkbox"/> 在職 仕事内容 ( ) <input type="checkbox"/> 無職 過去の職業 ( )	復職について	<input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 不要

入院について心配なこと、困ることありましたらご記入ください。

(例 経済面、退院後の生活について、など)

介護保険	<input type="checkbox"/> あり (交付 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 要介護度 (自立 ・ 要支援 1・2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 担当居宅支援事業所 ( ) 担当者名 ( ) 電話 ( )
------	--

ご家庭の状況についてご記入下さい。

独居 夫婦2人 同居者あり ( )  
施設入所中 (施設名 )

退院後の生活場所

自宅 施設 (施設名 ) その他 ( ) 未定

個室希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 短期間であれば入室可
------	---

※以下の項目は**病院**で**必ず**記入してください

転院予定	月 日 以降転院可
------	-----------

【 大腿骨頸部骨折地域連携パス適応  有  無 】

【 脳卒中地域連携パス適応  有  無 】

## 現在のA D L

記入日 月 日

患者氏名	様 (入院病棟 病棟)
身長・体重	身長： cm 体重： k g
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子
介助量	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食 事	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 <食形態> <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 5分食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 嚥下食 <主食> <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (とろみの使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 制限食 ( k c l ) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <摂取量> ( ) 割摂取
排 泄	<input type="checkbox"/> トイレ ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 ) <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル
認 知 症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 ) 身体拘束の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 離床センサー <input type="checkbox"/> ウーゴ君 <input type="checkbox"/> 体幹抑制 <input type="checkbox"/> つなぎ <input type="checkbox"/> その他 )
リハビリ状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 平行棒内歩行 制限の有無( 荷重・ベッド上安静 など・・・ ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
注射薬の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 使用薬剤名 )
退 院 予 定	月 日 以降退院可
回復期退院後の受診先	<input type="checkbox"/> 紹介元病院 ( 貴院 ) <input type="checkbox"/> 診療所 ( ) * 連携病院未定の時は、病院名の記入は不要
そ の 他	