

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□大正・□昭和・□平成・□令和 年 月 日生 () 歳 □男・□女	
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 () — —
連絡先②	フリガナ 氏 名 ご住所	続柄 ()	自宅 携帯 () — —
保険の種別	☐ 健康保険 ☐ 国民健康保険 ☐ 高齢者医療 ☐ 労災保険 ☐ 生活保護 ☐ 交通事故 ☐ その他		農協組合員の (有・無) □組合員 (農協)

生活の自立	☐ 日常生活に全く問題はなかった ☐ 不自由さがあった 具体的には・・・		
職業	☐ 在職 仕事内容 () ☐ 無職 過去の職業 ()	復職について	☐ 現職復帰 ☐ 転職 ☐ 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	☐ あり (交付 年 月 日) ☐ なし ☐ 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	☐ 無 ☐ 有 ☐ 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
------	-----------

身体機能自立度（バーセルインデックス）

該当チェック欄に☑をつけてください

項目	名称	チェック欄	点数	内容
1	食事	☐	10 :	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える
		☐	5 :	部分介助（たとえば、おかずを切って細かくしてもらう）
		☐	0 :	全介助
2	車椅子からベッドへの移動	☐	15 :	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む （非行自立も含む）
		☐	10 :	軽度の部分介助または監視を要する
		☐	5 :	座ることは可能であるがほぼ全介助
		☐	0 :	全介助または不可能
3	整容	☐	5 :	自立（洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り）
		☐	0 :	部分介助または不可能
4	トイレ動作	☐	10 :	自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む
		☐	5 :	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する
		☐	0 :	全介助または不可能
5	入浴	☐	5 :	自立
		☐	0 :	部分介助または不可能
6	歩行	☐	15 :	45M以上の歩行、補装具（車椅子、歩行器を除く）の使用の有無は問わない
		☐	10 :	45M以上の介助歩行、歩行器の使用を含む
		☐	5 :	歩行不能の場合、車椅子にて45M以上の操作可能
		☐	0 :	上記以外
7	階段昇降	☐	10 :	自立、手すりなどの使用の有無は問わない
		☐	5 :	介助または監視を要する
		☐	0 :	不能
8	着替え	☐	10 :	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む
		☐	5 :	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える
		☐	0 :	上記以外
9	排便コントロール	☐	10 :	失禁なし、浣腸、坐薬の取扱いも可能
		☐	5 :	ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取扱いに介助を要する者も含む
		☐	0 :	上記以外
10	排尿コントロール	☐	10 :	失禁なし、収尿器の取扱いも可能
		☐	5 :	ときに失禁あり、収尿器の取扱いに介助を要する者も含む
		☐	0 :	上記以外
合計			点	

参考文献 : Mahoney, F. L&Barthel, D. W:Functional evaluation :
The Barthel Index, Maryland, State, Mad. . J. 14 (2) : 61-65, 1965より

【大腿骨頸部骨折地域連携パス適応 ☐ 有 ☐ 無】

現在のADL

記入日 月 日

[illegible]