地域包括ケア病棟入院申込書

		記載	:日 (年 月	目)
(患者様記入)	現在入院中の医療機関名				病院
フリガナ		生年月日	日大正・日	□昭和・□平月	成・□令和
氏 名		年	月 日生	上()歳	□男・□女
現住所	〒 −	電話			
(ご自宅)			/		
\		1 2 2 5	()		
※以下の項目	は <u>できるだけ家族</u> もしくは <u>本人</u> 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	フリガナ 続柄	自宅	()		
* キーパーソン	2000 pt 1000	携帯	-	_	
になる方を記入					
連絡先②	フリガナ 続柄	自宅	()		
	氏名 () ご住所	携帯	_	_	
	□ 健康保険 □ 国民健康保険 □ 高齢者		農協組合昌	の (有・無)	
保険の種別			NAME AND ADDRESS OF THE PARTY OF		
	□ 労災保険 □ 生活保護 □ 交通事故	口その他	□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 復職につ	いいて	□ 現職復	帰	
	仕事内容 ()		□ 転職		
	□無職		□ 不要		
	過去の職業(
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	¿ / /°			
(例	経済面、退院後の生活について、など)				
介護保険	口あり (交付 年 月 日	ロなし		申請中	
71 827117	要介護度(自立 ・ 要支援 1・2 要介護		2 • 3		• 5)
	担当居宅支援事業所(-)	-	0 /
	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	揚所				
□自宅	□施設 (施設名)	口その)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 <u>病院で必ず</u> 記入してください				
転院予定	月 日 以降転院可	IJ.			

身体機能自立度 (バーセルインデックス)

該当チェック欄に図をつけてください

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		
	食事		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		
			15:	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む		
	+1+ = 2 > 2 > 2		15;	(非行自立も含む)		
	車椅子からベッド への移動		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	整容		5:	自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り)		
3	走行		0:	部分介助または不可能		
			10:	自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを		
4 -	トイレ動作			使用している場合はその洗浄も含む		
	11.1 0 39/11		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		
	/\in		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		
6			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		
			10:	自立、手すりなどの使用の有無は問わない		
7 階段昇降	階段昇降		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		
	着替え		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:			10:	失禁なし、浣腸、坐薬の取扱いも可能		
	排便コントロール		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			10:	失禁なし、収尿器の取扱いも可能		
	排尿コントロール		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 evalation:

The Barthel Index. Maryland. State. Mad. . J. 14 (2) : 61-65, 1965より

【 大腿骨頚部骨折地域連携パス適応 □ 有 □ 無 】

現在のADL

		記入日月日	日
患者氏名	様 (入	入院病棟 病棟	₹)
移動方法	□ 独歩 □ 杖 □ 歩行器 □ 車椅子		
介 助 量	□ 自立 □ 軽介助 □ 中等度介助 □ 全介助		
食 事	〈食形態〉 常食 軟食 5分食 さる 〈主食〉 米飯 軟飯 全粥 その (とろみの使用 有 無 制限食 kcl kcl 自立 一部介助 全介助	の他 () 無)	
排 泄	□ トイレ(□ 自立 □ 介助) □ ポータブル□ オムツ□ カテーテル		
認知症	□無 □有(□軽度 □中等度 □重度)身体拘束の有無□無□有(□離床センサー □ウーゴ君 □体幹抑制	〕制 □ つなぎ □ その他)
リハビリ状況	□ 独歩 □ 杖 □ 歩行器 □平行棒内歩行制限の有無(荷重・ベッド上安静 など・・)□ 無□ 有 ()	
注射薬の使用	□ 無 □ 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		D時は、病院名の記入は不要	i.
その他			