

入院申込書(病院名

)⇒一般社団法人 巨樹の会 第2宇都宮リハビリテーション病院

連携室直通 TEL:028-666-7411 FAX:028-666-7430

ふりがな		年齢	生年月日			性別	職業
患者氏名		歳	大正	昭和	平成	令和	男・女
			年	月	日		
住所					電話番号		
保険情報 *必須	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 事故 (<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 健保) <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 前期 (<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 / <input type="checkbox"/> 低I <input type="checkbox"/> 低II) <input type="checkbox"/> 後期 (<input type="checkbox"/> 1割 / <input type="checkbox"/> 低I <input type="checkbox"/> 低II ・ <input type="checkbox"/> 3割 / <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III)						
限度額	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 無						
介護保険	<input type="checkbox"/> 有 (要介護 ・ 要支援) <input type="checkbox"/> 申請中 (新規 ・ 変更 ・ 更新) <input type="checkbox"/> 無 担当事業所名 担当者 連絡先 医療受給者証 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 有 疾患名 () <input type="checkbox"/> 無						

患者様の現在の状況

項目	点数	評価基準	0点	自立	手助け、準備、観察は不要または1~2回
ベッド上の可動性			1点	準備のみ	物や道具を患者の手の届くところに準備を3回以上要す
移乗			2点	観察	見守り、励まし、誘導が3回以上
食事			3点	部分援助	動作50%以上は自己にて可、体重を支えない援助を3回以上
トイレの使用			4点	広範援助	動作50%以上は自己にて可、体重を支える援助を3回以上
合計点			5点	最大援助	動作の50%未満しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上
ADL得点(区分):0~10(1)、11~22(2)、23~24(3) ※点数をご記入ください			6点	全面依存	まる3日間すべて他者が全面援助した

食事	食形態 (主食: 副菜:) トロミ: 有 ・ 無 その他(食物アレルギー)) 制限: 有 (Kcal ・ 塩分 g ・ その他) 無 経管栄養: 経鼻 ・ 胃瘻 (種類 号数) (栄養剤 朝: ml 昼: ml 夜: ml) (水分量 朝: ml 昼: ml 夜: ml)				
睡眠	良眠 ・ 不眠 内服薬 () 不穏・せん妄 有 ・ 無				

コミュニケーション状況

認知症	有 (物忘れ程度 ・ 暴言 ・ 徘徊 ・ 独語 ・ 危険行為 ・ その他) ・ 無				
会話	可能 ・ 困難 ・ 不可				
抑制	有 (安全ベルト ・ ミトン ・ 他) ・ 無 センサー利用: 有 () ・ 無				

医療処置状況

点滴: 有 (末梢 ・ CV) ・ 無

創傷処置: 有 (部位 処置内容) ・ 無

褥瘡: 有 (部位 処置内容) ・ 無

気管切開: 有 (カニューレ種類:) ・ 無

吸引: 有 (回数 回/日) ・ 無

酸素: 有 () ・ 無 膀胱留置カテーテル: 有 ・ 無

インシュリン: 有 () ・ 無 BSチェック (回数 回/日)

感染症: 有 (検体: 尿 喀痰 血液 その他) (菌の種類:) ・ 無

ご家族情報

主介護者又はキーパーソン	家族構成
① 氏名: 連絡先:	
② 氏名: 連絡先:	
記載日: 年 月 日	
記入者:	
備考:	