

FAX送信票

【入院申込書】

送信日： 令和 年 月 日

送信先： 中嶋病院 地域医療連携室	送信元機関名：
TEL：022-292-0820（直通）	TEL：
FAX：022-292-2088（直通）	FAX：
	連絡担当部署（担当者）：

【紹介患者基本情報】

フリガナ 患者氏名	男 女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）
住 所	電話番号		
家族構成 （キーパーソン に※を付けて ください）	家族のサポート（良好・疎遠）	介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請予定 <input type="checkbox"/> 申請中（ / 申請） <input type="checkbox"/> あり（介護度 （担当ケアマネジャー： ）
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅（独居・同居） <input type="checkbox"/> 施設（申込先： <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 未定	申込日： （ ）

【身体状況】

診断名										
発症日	年	月	日	(部位)						
手術	無	有	(手術日 年 月 日)							
リハビリ	算定有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	算定病名（ 算定区分（脳血管・廃用・運動器・呼吸器） リハビリ起算日（ / ） 目標設定等支援・管理料の届出（ している・ していない ）						
移動	<input type="checkbox"/> 歩行 → <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 補助具使用（種類） <input type="checkbox"/> 車椅子 → <input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助（移乗動作： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助） <input type="checkbox"/> 寝たきり { 寝返り： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取 → <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 （食形態とカロリー：									
食事	<input type="checkbox"/> 経管栄養 → <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他（使用栄養剤： <input type="checkbox"/> 点滴 → <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 皮下（点滴内容と量									
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
整容更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（介助浴・機械浴・清拭）									
障害日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
精神面	意識レベル	I-1	I-2	I-3	II-10	II-20	II-30	III-100	III-200	III-300
	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ I IIa IIb IIIa IIIb IV M ）								
	不穏行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（症状： ）								
	身体拘束	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位と手段： ）								
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難								
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置（部位： ） <input type="checkbox"/> 痰吸引（ /日） <input type="checkbox"/> 酸素（ ℓ/min） <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他（									
その他	<input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 失語（ 個室希望・4人部屋希望 ）									