

FAX送信票

【入院申込書・A D L 票】

送信日： 令和 年 月 日

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

【紹介患者基本情報】 診療情報提供書を添付していただきますようお願いいたします。

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	キパ-ソソ() 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"/> 未定 <input type="checkbox"/> 施設（申込先： 申込日：）			
居室の希望	（ 個室希望・4人部屋希望 ）			

【身体状況】

診断名											
手術	無 有		（手術日 年 月 日）								
リハビリ	<input type="checkbox"/> リハビリ算定病名（ ）*レセプト上の起算日をご記入下さい。 <input type="checkbox"/> リハビリ起算日（ 年 月 日 発症・手術・廃用診断日） <input type="checkbox"/> 算定区分（脳血管・運動器・呼吸器・廃用・がん・心大血管） ※廃用症候群（先行疾患）（発症日 年 月 日）										
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 <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										
食事	<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：） <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									
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 遂行性機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害										
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置（部位：） <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"/> 痰吸引（ 回/日） <input type="checkbox"/> 酸素（ ℓ/min） <input type="checkbox"/> その他（ ）										
その他	<input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 失語 身長()cm 体重()kg										