

担当者：

入院希望者情報（情報送信日：平成 年 月 日）

フリガナ		(性別)	(生年月日)
患者氏名：		男・女	M・T・S 年 月 日 (歳)
患者住所：	〒	(名前) (続柄)	
		(連絡先)	
		連絡先：(名前) (続柄)	
		(連絡先)	
身長：	cm	体重：	kg (年 月時点)

主病名(発症・受傷日)：	薬剤特記事項：
既往歴：	
現病歴：	
感染症： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (ワ氏 HBs抗原 HCV抗体 MRSA その他_____)	
クリティカルパス： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (大腿骨頸部骨折・脳卒中)	
リハビリテーション： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (疾患名：_____)	
他院・他科 (かかりつけ医) 受診状況	有 診療科 _____ 診療施設 _____ 無

ADL	食事： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・経鼻) <input type="checkbox"/> CV
	歩行： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (_____)
	会話： <input type="checkbox"/> 成立 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> できない (_____)
	排泄(排便)： <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> トイレ
	排泄(排尿)： <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> トイレ
	尿失禁： <input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 無し
	認知症： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (軽度・中等度・重度)
	周辺症状及び 問題行動
	褥瘡： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (部位：_____)
	麻痺： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (_____)
	拘縮： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (_____)
	抑制： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (ミトン 胴部 手足 その他_____)
	エアーマットの使用： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有

患者家族構成	患者の要望
	<input type="checkbox"/> 在宅希望
	<input type="checkbox"/> 施設、他院紹介希望
	家族の要望
生活状況： <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居者有り <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 在宅希望 <input type="checkbox"/> 長期療養入院希望
キーパーソン：(_____)	<input type="checkbox"/> 施設、他院紹介希望

介護保険： <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 介護度 (_____)
ケアマネ： <input type="checkbox"/> 氏名 _____ (所属_____)

備考欄

医療法人社団 仁敬会 坂本記念病院
富山県下新川郡入善町入膳3345-2
TEL:(0765)-72-5555
FAX:(0765)-74-2012