

能代病院 入院申込書

令和 年 月 日現在

担当看護師

| | |
|--------------|--|
| フリガナ 氏名 | 年齢 / 性別 歳 / <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 生年月日 年 月 日 |
| 住所 | |
| 現在入院中の病院・施設名 | |
| 病名 | |
| 入院年月日 | 令和 年 月 日 |
| 入院前の生活場所 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 他病院 <input type="checkbox"/> その他 |
| 食 事 | <input type="checkbox"/> 自力可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他 () 摂取量 (<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 数くち) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 胃) |
| 排 泄 | <input type="checkbox"/> 自力可 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> フォーレ挿入 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) |
| 移 動 | <input type="checkbox"/> 自力可 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド上のみ |
| 寝たきり度 | <input type="checkbox"/> 自力で寝返りをうつ <input type="checkbox"/> 自力で寝返りができない |
| 睡 眠 | <input type="checkbox"/> 良好 眠剤使用 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 不穏状態 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) |
| 身 体 | 麻痺 { <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢) <input type="checkbox"/> 無 } 関節拘縮 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 筋力の低下 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 褥瘡 { <input type="checkbox"/> 有 (部位 大きさ) <input type="checkbox"/> 無 } |
| コミュニケーション | 意思の疎通 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 発語 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) |
| 呼 吸 | 痰の絡み (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 吸引 (<input type="checkbox"/> 有 /日 <input type="checkbox"/> 無) 気管切開 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 酸素使用 { <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> カニューラ) L <input type="checkbox"/> 無 } |
| 点 滴 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> IVH (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) |
| 内 服 薬 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) |
| 介 護 度 | <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 未申請 |
| 身障認定 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請予定 <input type="checkbox"/> 申請中 |
| 限 度 額 | <input type="checkbox"/> 区分Ⅰ <input type="checkbox"/> 区分Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般 (<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ) <input type="checkbox"/> 不明 |
| ま る 福 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請予定 <input type="checkbox"/> 申請中 |
| 他の施設の申込み | <input type="checkbox"/> している () <input type="checkbox"/> していない |
| 連 絡 先 | (日中通じる電話番号) |
| 家族の状況 | <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 長男 <input type="checkbox"/> 長女 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 感 染 症 | <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 緑膿菌 / <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> その他 |
| 備 考 | |