明和記念病院 入院依頼書 ／ FAX：097-573-1003 鏡文不要

貴施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　担当者＿＿＿＿＿＿＿＿　連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿

患者名	様	□男 □女	生年月日	年　月　日

＊該当する項目に✔をお願いします。

社会保障	医療保険	□ 社保 □ 国保 □ 後期高齢 □ 生保 □ 労災 □ 自賠
	障害手帳	□ 身体 □ 療育 □ 精神
	特定疾患	□ なし□ あり　受給者証取得：□なし□あり
	介護保険	□ 未申請 □ 申請中or更新中 □ 要支援 □ 要介護 介護認定終了日：　年　月 居宅支援事業所名： 担当ケアマネ：
家族情報	家族構成	□ 独居□ 夫婦のみ□ 家族と同居 □ その他
	キーパーソン	続柄：
	緊急連絡先	
	DNARの同意	□ なし □ あり □未確認
	個室希望	□ なし □ あり □未確認
リハビリ	リハ算定	□ なし リハ病名： 起算日：　年　月　日
	摂食機能療法	□ なし リハ病名： 起算日：　年　月　日
意識	意識障害（JCS）	□ 清明 □ 1～3 □ 10 □ 20 □ 30 □ 100 □ 200 □ 300
	精神認知症状	□ 徘徊 □ 幻覚 □ 暴言・暴力 □ 大声 □ 異食 □ 夜間せん妄 □ 介護抵抗 □ その他（　）
ADL	移動手段	□ 車椅子 □ ストレッチャー □ 歩行器 □ 杖 □ 自 立 □ 一部介助 □ 全介助
	移乗	□ 自 立 □ 一部介助 □ 全介助
	排泄	□自 立 □ 一部介助 □ 全介助
	使用物品	□ おむつ □ リハビリパンツ □ 尿器 □ ポータブル □ トイレ □ 尿道カテーテル
	下剤座薬使用	□ なし □ あり
特記事項	コロナワクチン接種：未　・　済み（　）	

呼吸管理	人工呼吸器	□ なし □ あり
	気管切開	□ なし □ あり 気管カニューレ種類: 内径サイズ:
	酸素療法	□ なし □ あり（投与量：　ℓ/分）
	酸素投与方法	□ 鼻カニュラ □ 簡易酸素マスク □ トラキオマスク □ その他（　）
処置	ペースメーカー	□ なし □ あり
	インスリン	□ なし □ あり
	血糖チェック	□ なし□ １日3回未満 □１日3回以上
	喀痰吸引	□ なし□ １日8回未満 □１日8回以上
	褥瘡	□ なし □ あり（部位：　）
	使用マット	□ エアマット □ 除圧マット □ 通常
	薬剤アレルギー	□ なし □ あり
	感染症	□ なし □ MRSA □ その他（　）
	感染対応	□ なし □ 保菌者扱い □ カーテン隔離 □ 個室隔離
	胃瘻造設	□ なし □ あり □ 造設予定
	最終胃瘻交換	年　月　日
栄養	栄養管理	身長:　cm　体重:　kg 経口摂取: □ なし □ あり 食事介助:□ 自 立 □ 一部介助 □ 全介助 摂取カロリー：　kcal 食事内容:（主食/副食/水分量） 朝: 昼: 夕: 経腸栄養:□ なし □ 胃瘻 □ 鼻腔 経管栄養チューブサイズ ＿＿＿ Ｆｒ □ バルーンボタン □ バルーンチューブ □ バンパーボタン □ バンパーチューブ 注入内容:（栄養剤名/カロリー/白湯 朝: 昼: 夕: 輸液：□ なし 輸液名・投与量: ルート：□末梢 □ 外頸 □ 内頸 □ 鎖骨下 □ 大腿　CVポート：□ なし □ あり □ PICC

☑　診療情報提供書（病名や合併・既往歴、入院経過、与薬内容が分かるもの）の添付をお願い致します。

☑　人工呼吸器を使用されている場合、呼吸器設定表の添付または特記事項への記載をお願い致します。