

# 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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠	呼 吸 管 管 理	人工呼吸器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 呼吸器設定
	障害手帳	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神		気管切開	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 気管カニューレ種類: 内径サイズ:
	特定疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 受給者証取得: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		酸素療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (投与量:      ℓ/分)
	介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中or更新中 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 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:		酸素投与方法	<input type="checkbox"/> 鼻カニューラ <input type="checkbox"/> 簡易酸素マスク <input type="checkbox"/> トラキオマスク <input type="checkbox"/> その他 (      )
家 族 情 報	家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他	処 置	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	キーパーソン	続柄:		インスリン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	緊急連絡先			血糖チェック	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1日3回未満 <input type="checkbox"/> 1日3回以上
	DNARの同意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未確認		喀痰吸引	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1日8回未満 <input type="checkbox"/> 1日8回以上
リ ハ ビ リ	リハ算定	<input type="checkbox"/> なし リハ病名: 起算日:      年      月      日	栄 養	褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位・処置内容
	摂食機能療法	<input type="checkbox"/> なし リハ病名: 起算日:      年      月      日		使用マット	<input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> 除圧マット <input type="checkbox"/> 通常
意 識	意識障害 (JCS)	<input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> 1~3 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 300	感染対応	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 保菌者扱い <input type="checkbox"/> カーテン隔離 <input type="checkbox"/> 個室隔離	
	精神認知症状	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> その他 (      )	胃瘻造設	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 造設予定	
	移動手段	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	最終胃瘻交換	年      月      日	
A D L	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	栄 養 管 理	身長:      cm 体重:      kg	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		提供カロリー:      kcal	
特 記 事 項	使用物品	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル	経口摂取: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	下剤座薬使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	食事動作: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	コロナワクチン接種: 未・済み (      )		経腸栄養: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 鼻腔		
			経管栄養チューブサイズ      Fr		
			<input type="checkbox"/> バルーンボタン <input type="checkbox"/> バルーンチューブ <input type="checkbox"/> バンパーボタン <input type="checkbox"/> バンパーチューブ 食事内容: (主食/副食/水分量) または 注入内容: (栄養剤名/カロリー/白湯量) 朝: 昼: 夕: 輸液: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 輸液名・投与量:  ルート: <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 外頸 <input type="checkbox"/> 内頸 <input type="checkbox"/> 鎖骨 下 <input type="checkbox"/> 大腿 CVポート: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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。

保険情報の添付をお願い致します。