

長野寿光会 上山田病院

(ご本人かご家族がご記入ください)

## 入院申込書 作成 年 月 日

ふりがな				生年月日	明治・大正・昭和・平成
患者氏名	(男・女)			年 月 日 (満 才)	
住 所	郵便番号 —				
連絡先① (申込者)	氏名	続柄	自宅TEL		
	住所 〒	携帯番号			
連絡先②	氏名	続柄	自宅TEL		
	住所 〒	携帯番号			
保 険 (該当するものには○をつけていただき、その他はご記入ください。)	国民健康保険	・社会保険	介護保険	有・無	
	後期高齢者医療	有・無	(要支援 1・2)		
	高齢受給者証	有・無	(要介護 1・2・3・4・5)		
	食事療養費標準負担額認定書	有・無	居宅介護支援事業所		
	特定疾患医療受給者証	有・無	介護支援専門員氏名		
	生活保護	身障手帳 級			
主介護者	配偶者・子・嫁・婿・孫・父・母・その他 ( )				
同居家族	独居・配偶者・子・嫁・婿・孫・父・母・その他 ( )				
入 院 暦	病名	病院名・施設名	入院・入所期間		
			年 月 日～ 年 月 日		
			年 月 日～ 現在		
現在、患者様の所在	在宅 入院中(医療機関名 ) 入所中(施設名 )				

本人・家族の希望 (入院についての目的やご希望ををお書きください。「例」 個室希望など )	( 年 月 日～ 年 月 日まで 入院を希望します )
	希望する退院先 (複数対象可)
	自宅・医療機関・介護保険施設・その他 *介護保健施設の場合申し込み(済・未) 申し込み先 ( )

「注」 \*入院の可否については、入院判定会議後に紹介機関に、ご連絡いたします。

\* 現在診療を受けている医師に診療情報提供書を記載していただき、様式-1・様式-2の書類とともに、ご提出ください。(診療情報提供書については各医療機関独自の書式で結構です。)

\* いただいた個人情報は、患者さんの医療や介護を円滑、かつ安全に行うためのものです。この目的以外には使用いたしません。

ADL情報提供書 患者氏名 様

日常生活の状況についてお尋ねします。

該当項目に○印をお付けください。

記載者(職種) (主治医・看護師・PT・OT・介護士・その他)

作成 年 月 日

連携パス有無	有 ・ 無 (長野脳パス・信州脳パス・東信大腿骨パス)
現在の医療状況	人工呼吸器 あり・なし 酸素療法 あり・なし ( ) 24時間持続点滴 あり・なし 喀痰吸引 あり・なし (1日 回ほど) 中心静脈栄養 あり・なし 悪性新生物に対する治療 あり( )・なし 気管切開 あり・なし その他特別な治療 あり( )・なし (使用カニューレの種類 ) インシュリン注射 あり (内容 / 単位数: )・なし
身長・体重	身長 cm / 体重 kg (測定日 年 月 日)
食事	経口摂取: できる・できない むせやすさ: ある・ない 水分トロミ: 必要・不要 摂食: 自立・セッテングのみ必要・見守り必要・一部介助・全介助 食事内容: 普通食・きざみ食・ミキサー食・特別食 (種類: ) 経管栄養: 鼻腔・胃ろう (栄養剤の種類: / cal / 水分 ml)
ベット上動作	寝返り: 自立・一部介助・全介助 起き上がり: 自立・一部介助・全介助
移乗動作	ベットから椅子・車椅子への移乗: 自立・見守り・一部介助・全介助
移動動作	移動の種類: 独歩・杖歩行・歩行器・シルバーカー・車椅子・ストレッチャー 移動動作: 自立・見守り・一部介助・全介助
排泄	尿: 自然排尿・膀胱カテーテル・膀胱ろう 尿意: あり・なし 尿失禁: あり・なし 便: 自然排便・人工肛門 便意: あり・なし 便失禁: あり・なし 排泄方法: トイレ・ポータブルトイレ・尿器・おむつ 排泄動作: 自立・見守り・一部介助・全介助
更衣・整容	自立・見守り・一部介助・全介助
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助 ・シャワー浴 ・チェアー浴 ・特殊浴 ・清拭のみ
意思の伝達	できる・時々できる・ほとんどできない・できない
認知症	認知症: なし・軽度・中等度・重度・判定不能 認知症の周辺症状: 幻視・幻覚・妄想・昼夜逆転・暴言・暴行・介護への抵抗・徘徊・不潔行為 異食行為・性的問題行動・大声をだす・1人で院外へ出る・その他 ( )
運動麻痺	麻痺: 軽度 : 中等度 : 重度 (部位: )
転倒・転落の危険性	・危険に対するの理解ができない ・移乗不安定 ・歩行不安定 ・突進歩行 ・めまい ・つまずきやすい ・ふいな立ち上がり あり・なし ・車椅子からのずり落ち ・てんかん ・その他
褥瘡	なし・あり (部位: )
身体拘束	なし・あり ・四点柵 ・車椅子Y字ベルト ・ミトン手袋 ・つなぎ服 ・その他 ( )
透析	なし・あり
リハビリ	疾患別リハビリテーション料 : 脳血管・運動器・廃用症候群・その他 ( ) (疾患名: ) 起算日: 年 月 日 実施リハ: 理学 ・ 作業 ・ 言語 目標設定支援管理料の算定: 否 ・ 済 (算定日: / )
その他特に連絡すべき事項 (問題点もふくめて)	