特定医療法人弘慈会　宮古第一病院　　地域連携室　TEL　0193(62)3737(代)
〃　FAX　0193(64)0577

(□回復期リハビリ病棟・□療養病棟) 入院予約用紙　(どちらかを選択して下さい)

紹介年月日	年　月　日
(ふりがな) 患者氏名・性別	様　(　)　　年　月　日生(　歳)
患者住所	
紹介元病院	病棟(　)　主治医　(　科)
疾患名	発症日　年　月　日　／　手術日　年　月　日
合併症／既往症	／
意識レベル	□ 清明　□ 1~3　□ 10~30　□ 100~300
麻痺	□ 右上肢　□ 右下肢　□ 左上肢　□ 左下肢　□ 両側上下肢　□ その他
言語障害	□ 無　□ 有(□失語症　□構音障害)
呼吸管理	□ 気切ｶﾆｭｰﾚ(　Fr)　□ 酸素吸入(　ℓ/min)　□ 吸引(8回以上/　日) SP02 90以下　年　月　日　値　%
栄養	□ 絶飲食　□ 経口可能　□ 経管栄養　□ 胃ろう
感染症	□ 無　□ 有(□痰・□便・□尿・□創部)　□菌種・その他(　)　□ 未検査
認知症	□ 無　□ 有(□軽度・□中度・□重度)　問題行動(　)
処置	□ IVH　□ DIV　□ ﾊﾞﾙﾝｶﾃｰﾃﾙ(　F)　□ 褥創(□Ⅰ・□Ⅱ・□Ⅲ・□Ⅳ)
特殊薬剤	□無　□ 有(薬剤名：□サムスカ　□プレドニン　□リュープリン　□ネスプ　□その他　)

患者の状況(看護師記入)	得点 0点	1点	2点
床上安静の指示	□ なし	□ あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	□ できる	□ できない	
寝返り	□ できる	□ 何かにつかまればできる	□ できない
起き上がり	□ できる	□ できない	
座位保持	□ できる	□ 支えがあればできる	□ できない
移乗	□ できる	□ 見守り・一部介助が必要	□ できない
移動方法	□ 介助を要しない移乗	□ 介助を要する移乗(搬送含む)	
口腔清潔	□ できる	□ できない	
食事摂取	□ 介助なし	□ 一部介助	□ 全介助
衣服の脱衣	□ 介助なし	□ 一部介助	□ 全介助
他者への意志伝達	□ できる	□ できる時とできない時がある	□ できない
診療・療養上の指示が通じる	□ はい	□ いいえ	
危険行動	□ ない	□ ある	
		合計得点	点

本人・家族状況など

キーパーソン	□ 配偶者　□ 子　□ その他：
同居家族	□ 独居　□ 配偶者　□ 子　□ その他：
保険種別	□ 国保　□ 社保　□ 後期高齢　□ 生活保護　担当者：
退院後の生活希望	□ 自宅　□ 施設　□ その他：
リスク	□ 不明　□ 経済　□ 家屋　□ 家族　□ 介護　□ その他：
現在の申請支援関係	□ 未実施　□ 介護保険　□ 傷病手当　□ その他：
現在の介護認定	□ 不明　□ 無　□ 申請中　□ 要支援(　)　□ 要介護(　)
ケアマネージャー	氏名(　)　事業所(　)
サーモンケアネット	□ 有　□ 無

○この用紙と同時に保険情報を必ずFAXして下さい。(カルテ表紙可)
○入院の可否、および入院予定日は後日電話でご連絡申し上げます。

紹介元連絡担当者
＿＿＿＿＿＿＿＿