

医療法人公和会 小野病院 入院予約票

送信先 FAX番号 0952-20-7323

記入日(20 年 月 日)

紹介元病院名	病棟	担当医師 科 先生
連絡先番号	担当者名 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 連携室 <input type="checkbox"/> MSW	

フリガナ 患者氏名	性別 男・女	キーパーソン( ) 独居・同居 <input type="checkbox"/> 生活保護
生年月日 年 月 日( 歳)	現在治療中の病気・既往歴 (特に癌・悪性腫瘍、感染症については記載をお願いします)	
診断名		
発症日 20 年 月 日		

入院目的 リハビリテーション 加療継続 その他( )

当院利用歴 入院歴 : あり・なし 外来利用歴 : あり( )・なし

A D L 状 況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 嚥下障害(経管・胃ろう・IVH) <input type="checkbox"/> 絶食
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 トイレ・ポータブルトイレ・尿器・留置カテーテル・失禁・オムツ(日中・夜間)
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (シャワー・機械・清拭)
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 独歩・杖・歩行器・車椅子(自走可・不可)・ストレッチャー
	運動能力	<input type="checkbox"/> 麻痺(右・左) <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害(記憶注意・遂行機能・社会的行動・失語症)
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 簡単な会話程度 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 構音障害
	精神・問題行動	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> なし
その他	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 抑制(有・無) <input type="checkbox"/> 感染症( ) <input type="checkbox"/> 疼痛	

介護保険 未申請 申請中 介護度(要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5)  
担当ケアマネ : 不明

身体障害 手帳あり( 級) 手帳なし 申請中 不明

部屋希望 多床室 個室(4,400円/日) 個室(6,600円/日)

備考・今後の希望

※本様式は診療情報提供書ではございません

入院時には診療情報提供書とあわせて貴院で行われた血液型、感染の情報を含めた血液検査のデータも添えていただきますようご協力よろしくお願いたします。

※下記は、医療法人公和会 小野病院の記入欄

紹介先連絡日 20 年 月 日 連絡者

受理 ・ 不受理  
医師

2021年6月23日改正