

入院申込書(病院名)

⇒栃木県立リハビリテーションセンター
 連携室直通TEL:028-623-7051 FAX:028-623-7052

ふりがな	年齢	生年月日		性別	職業:		
患者氏名	歳	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身長 cm 体重 kg		
個室希望	<input type="checkbox"/> 特別室 ※1日あたり15,680円(税込み) <input type="checkbox"/> 希望なし						
疾患情報	主病名:() 発症日:(年 月 日) 起算日:(年 月 日) 最終手術日:(年 月 日) 術式:()						
保険情報	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 後期 (<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割) <input type="checkbox"/> 生保 (担当者: 連絡先:)						
限度額	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ) (<input type="checkbox"/> 低I <input type="checkbox"/> 低II <input type="checkbox"/> 現役I <input type="checkbox"/> 現役II <input type="checkbox"/> 現役III) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 事故 (<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 健保) 【保険会社名: 担当者: 電話番号: 】						
手帳・助成	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 身障手帳(種類:) <input type="checkbox"/> 難病手帳(種類:) <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療						
介護保険	<input type="checkbox"/> 有 (要介護・要支援) <input type="checkbox"/> 申請中 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 更新) 調査日 / <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 非該当						
ケアマネ	【担当事業所名: 担当者: 連絡先: 】						
食事	<input type="checkbox"/> 経口 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経腸 <input type="checkbox"/> 胃瘻) 【経口】食形態(主食: 副菜:) トロミ(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 食物アレルギー-() カロリー-(kcal)・制限食(塩分 g・糖尿病食・その他:) 【経管栄養】栄養剤(種類:)投与量(朝: ml 昼: ml 夜: ml) 水分量(朝: ml 昼: ml 夜: ml 眠前: ml)						
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルカテール <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> ウロストミー						
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【入浴方法】: <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> その他: ()						
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【移動方法】: <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他: ()						
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 内服薬() 【既往歴】						
看護必要度B(日常生活機能評価表)	0点	1点	2点	疾患名	発症時期	治療内容	フォロー先
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	介助なし	一部介助	全介助				
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)					
口腔清潔	介助なし	介助あり					
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助				
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助				
他者への意志伝達	できる	出来る時と出来ない時がある	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(内容:)	ない	ある					
認知症抑制	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 物忘れ程度 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 独語)						
センサー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 安全ベルト <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> その他:)						
ナースコール	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種類:)						
ナースコール	<input type="checkbox"/> 使用可能 <input type="checkbox"/> 使用不可 <input type="checkbox"/> 曖昧						
医療処置状況	気管切開 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (カニューレ種類: サイズ:)						
酸素吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()l/min						
インスリン	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回数 回/日)						
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (固定打ち(種類: 単位) <input type="checkbox"/> スライディング(種類:)						
創傷処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: 処置:)						
その他	感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> ワ氏 <input type="checkbox"/> その他:) 検体: (<input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> その他:)						
連携パス	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 大腿)						
退院予定先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 療養型病院 →申込状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【施設・病院名: 】						
記入者	記載日: 年 月 日			2025年4月改定			

【家族構成】
 主介護者又はキーパソン:

 【備考: 病前のADL・利用していたサービス等】