

魚沼市立小出病院 療養病棟入院申込書

申込者:

本人との関係:

患者	ID		申込年月日	年	月	日
	ふりがな		入院希望日	年	月	日頃
	氏名	男・女	住所			
	M・T・S 年 月 日生( 歳)		☎ ( )			
家族	氏名 続柄( )		住所			
	☎ - -		携帯電話 ( )			
在宅支援	介護保険	認定情報: 済・未・申請中・区分変更中 / 要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2				
		ケアマネージャー	事業所		☎	
	利用サービス	①通所サービス ②短期入所 ③訪問看護 ④訪問介護 ⑤訪問リハ ⑥その他 ( )				
	申請施設・他の制度利用					
医療情報	在宅	かかりつけ医	【入院の目的】			
		主治医氏名				
		診療形態	通院 ・ 訪問			
	入院中	医療機関名	【本人の思い(言葉・表現)】			
		入院期間				
	他病院受診状況	①				
②		【家族の思い】				
【現病名】						
【既往歴】						
【医療・看護上の留意】(吸引・褥瘡・ストマ・HOT・気切・等)						
【精神症状】(認知症状・声だし・不眠症状・意欲低下・動き・等)						
寝たきり度	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2					
日常生活自立度	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M					
移動方法	①独歩 ②車椅子 ③歩行器 ④杖 ⑤寝たきり					
	①自立 ②見守り ③一部介助 ④全介助 ⑤その他 ( )					
食事	①経口 ②胃ろう ( バルーン : ボタン )( 交換医療機関 ) ③経鼻					
	①自立 ②見守り ③一部介助 ④全介助 / とろみ 有 ・ 無					
排泄	①トイレ ②ポータブル ③おむつ ④留置カテーテル ⑤ストマ					
	①自立 ②見守り ③一部介助 ④全介助 ⑤その他 ( )					
その他	聴力障害	無 ・ 有 ( )				
	言語障害	無 ・ 有 ( )				
	視力障害	無 ・ 有 ( )				
	麻痺	無 ・ 有 ( )				
【備考】判定理由その他 H 30・ ・ 判定会 / 可 否 保留						