

船橋市立リハビリテーション病院 入院申込書 (FAX047-439-1692)

お申込み翌日～3日以内にお返事いたします。万一当院から連絡が無い場合、恐れ入りますが、入院相談担当SW宛にご連絡くださいますようお願い申し上げます。

記載日	年 月 日	記入者(職種)	連絡窓口	電話番号
病院名	病棟	診療科	科	主治医
患者イニシャル		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	体格	<input type="checkbox"/> 大柄 <input type="checkbox"/> 中肉中背 <input type="checkbox"/> 小柄
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	年齢	身長	<input type="checkbox"/> 160cm以上 <input type="checkbox"/> 160cm未満
患者住所	()市 県外	当院利用歴	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来・通所 <input type="checkbox"/> 訪問	
主病名	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> クモ膜下出血 <input type="checkbox"/> 脊髄損傷 <input type="checkbox"/> その他()	発症日	年 月 日	(最終手術日 年 月 日) 術式()

病歴・既往歴・処方内容、患者・家族へのリハビリに関する説明内容などは別紙「診療情報提供書」または「共用パス」にてお願いします

回復期リハ病棟への適応	<input type="checkbox"/> 発症から2カ月以内で回復期病棟に転入院可能であること(相談は発症後1カ月以内が望ましい) <input type="checkbox"/> 状態が安定しリハビリが可能な状況であり、回復が見込まれる <input type="checkbox"/> 人工呼吸器を使用していない <input type="checkbox"/> 昏睡状態あるいはそれに準じる状態ではない <input type="checkbox"/> 治療を優先する併存疾患がない
-------------	--

機能障害	<input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 両片麻痺 <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 失調 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害() <input type="checkbox"/> その他()
------	--

記載時ADL	<input type="checkbox"/> 歩行自立 <input type="checkbox"/> 見守り・介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子自立 <input type="checkbox"/> 車椅子介助 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経口・経管栄養併用) <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 常時失禁あり/おむつ使用 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 会話はどうか可能 <input type="checkbox"/> はい・いいえ程度であいまい <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 可(呼べる) <input type="checkbox"/> ときに可能 <input type="checkbox"/> 不可(呼べない) <input type="checkbox"/> 気管切開あり <input type="checkbox"/> 吸引が必要(回/1日) <input type="checkbox"/> 透析が必要 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 混乱・常時抑制必要 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 発動性低下 <input type="checkbox"/> 認知症(<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度) <input type="checkbox"/> その他治療を要する精神疾患(うつ病・統合失調症・)あり
--------	---

感染症	<input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> MRSA(+) <input type="checkbox"/> HBsAg(+) <input type="checkbox"/> HCV(+) <input type="checkbox"/> その他(疥癬・HIV・結核・)(+)
-----	---

病前の状態	<input type="checkbox"/> 歩行自立 <input type="checkbox"/> 歩行見守り <input type="checkbox"/> 歩行介助 <input type="checkbox"/> 歩行不可(<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり) <input type="checkbox"/> 転倒あり <input type="checkbox"/> 認知症(<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度) <input type="checkbox"/> 精神疾患(うつ・統合失調症・) <input type="checkbox"/> 視覚障害あり <input type="checkbox"/> 高度難聴あり <input type="checkbox"/> 四肢切断あり(部位)
-------	--

A項目	<input type="checkbox"/> 創傷・褥瘡処置 部位・大きさ() <input type="checkbox"/> 心電図モニター <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤の使用 <input type="checkbox"/> 呼吸ケア(酸素吸入)
-----	--

併存し今後治療・観察を要する疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病(<input type="checkbox"/> 経口DM薬(+)・ <input type="checkbox"/> インシュリン(+)) <input type="checkbox"/> 心房細動 (ワーファリン投与 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未) <input type="checkbox"/> 洞不全症候群 (ペースメーカー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 心疾患 (虚血性心疾患・心不全・心臓弁膜症・) <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 (慢性閉塞性肺疾患・) <input type="checkbox"/> 腎疾患(慢性腎不全 Cr mg/dl・) <input type="checkbox"/> 整形外科疾患 (関節リウマチ・変形性関節症(股・膝・脊椎・)・頸椎・腰椎症・) <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (部位 治療内容) <input type="checkbox"/> 神経疾患・難病など () <input type="checkbox"/> その他 ()
------------------	---

希望病床	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 個室
------	---

その他の特記情報	
----------	--------------

回復期病院処理欄

受付日 年 月 日 (受付者)

入院の可否 可・否 決定日 年 月 日

連絡日 年 月 日 (連絡者)