

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	令和	年	月	日
	ふりがな	男・女	入院希望日	令和	年	月	日頃 ~ 月 日頃迄
	氏名		住所				
M・T・S 年 月 日生(歳)			☎ ()				
家族	氏名		住所				
	続柄()		☎ 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					
	入院中	診療形態	通院 ・ 訪問				
		医療機関名	【本人の思い(言葉・表現)】				
	他病院受診状況	①					
②		【家族の思い】					
【現病名】			【療養・治療に関する希望、延命治療等】				
【既往歴】							
【医療・看護上の留意】(吸引・褥瘡・ストマ・HOT・気切・等)			【家族図・家族状況】				
【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		【備考】判定理由その他				
	言語障害						
	視力障害						
	麻痺		判定会 / 可 否 保留				