

FAX送信票 仙塩総合病院入院申込書

(R03.12更新)

送信日： 令和 年 月 日

送信先： 仙塩総合病院 地域連携室
 TEL：022-367-4111 (代表)
 TEL：022-352-1336 (直通)
 FAX：022-367-4128 (直通)

送信元機関名
TEL：
FAX：
連絡担当部署 (担当者)

※診療情報提供書を添付していただけますようお願い致します。

【紹介患者基本情報】

フリガナ 患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	歳
住 所	電話番号					
家族構成 (キーパーソン に※を付けて ください)	介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請予定 <input type="checkbox"/> 申請中 → 申請日： 訪問調査日： <input type="checkbox"/> あり (介護度) (ケアマネ) ャー：)				
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 (独居 ・ 同居) <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 施設 (申込先 申込日：) <input type="checkbox"/> その他 ()					

【身体状況】

移動	<input type="checkbox"/> 歩行 → <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 歩行補助具() <input type="checkbox"/> 車椅子 → <input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助 (移乗動作： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 寝たきり { 寝返り： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 転倒転落歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり エアーマット： <input type="checkbox"/> 使用中 <input type="checkbox"/> 使用なし
食事	<input type="checkbox"/> 絶食 身長 cm ・ 体重 kg <input type="checkbox"/> 経口摂取 → <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (食形態とカロリー：) <input type="checkbox"/> 経管栄養 → <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他 (使用栄養剤：) <input type="checkbox"/> 点滴 → <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 皮下 (点滴内容と量：) 挿入部位： cm 固定 挿入日： 使用カテーテル： <input type="checkbox"/> シングル <input type="checkbox"/> ダブル <input type="checkbox"/> トリプル
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
整容更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
障害日常生活自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
精神面	意識レベル I-1 I-2 I-3 II-10 II-20 II-30 III-100 III-200 III-300
	認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (I IIa IIb IIIa IIIb IV M)
	不穏行動 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状：)
	身体拘束 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → [4点柵・ミトン・手抑制・足抑制・胴抑制・離床センサー・つなぎ寝巻・その他 ()]
意思疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 その他 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 失語
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位： 大きさ： 処置：) <input type="checkbox"/> 痰吸引 (回/日) <input type="checkbox"/> 酸素 (ℓ/min) <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 血糖測定
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 看護必要度A項目 点
リハビリ	算定有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 算定病名 () 算定区分 () 起算日 ()