

FAX送信票 仙塩総合病院入院申込書

(RO3.12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 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 (ケアマネジ ャ :)	
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 <input type="checkbox"/> その他 () 申込日 : ()		

【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 エアーマット : <input type="checkbox"/> 使用中 <input type="checkbox"/> 使用なし			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 転倒転落歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
食事	<input type="checkbox"/> 絶食 <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 :)			身長 cm • 体重 kg							
	<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 : 插入部位 : 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 ()								起算日 ()		
	算定区分 ()										