

入院申込書

中通ID ()

病院名			代表電話番号:	
主治医		診療科	病棟名: 病棟	
フリガナ 患者氏名			性別 男・女	生年月日 年 月 日 歳
傷病内容	主病名(病 巣)			
	合併症			
	発症日・手術日	発症日:	手術日:	術式
主な障害				JCS()
日常生活機能評価を○印で記入		0点	1点	2点
	床上安静の指示	なし	あり	
	どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
	起き上がり	できる	できない	
	座位保持	できる	支えがあればできる	できない
	移 乗	介助なし	見守り 一部介助	全介助
	移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動	
	口腔清潔	介助なし	介助あり	
	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
	他者への意志伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
	危険行動	ない	ある	
	評価日: 月 日		点数: 点	
排 泄	自立・一部介助・全介助		膀胱留置カテーテル 有・無:挿入日()抜去日()	
食 事	種類() ()Kcal Oして下さい 粥・米飯→全量・1/2量 副食量→全量・1/2量 コメントを記入下さい ()		水分とろみ ☐ 有り ☐ 無し アレルギー 有・無 ☐ 有 ☐ 無 の場合:薬剤名、食品名 () ワーファリン内服 ☐ 有・ ☐ 無 利尿剤内服 ☐ 有・ ☐ 無	
	濃流:種類()1回量()Kcal×()回 白湯の量(ml)×()回			
医療処置 患者の状態に 該当するものに レ点記載	酸素療法 ☐ 有(L/分) ☐ 無 気管切開 ☐ 有(カニューレの種類)→予備1ヶ持参下さい ☐ 無			
	☐ 点滴(末梢・CVC・PICC・ヘパロック中) 補液内容() 特記()			
	糖尿病治療(☐ インスリン ☐ 内服薬 ☐ 食事療法) ☐ 胃瘻(チューブの種類) ☐ NGチューブ			
	創処置(☐ 創処置・ ☐ 褥瘡処置) 褥瘡(部位:) その他()			
看護用品の使用 に該当するものを レ点で記入	☐ 吸引器 ☐ 体圧分散用具の使用(種類:) 身長() 体重()			
	☐ センサーの使用(種類:) ☐ ミトン ☐ 介護衣 ☐ 抑制帯 ☐ その他() ☐ 柵() 本使用			
感染症(検出検体を記入)	☐ 検査未 ☐ MRSA() ☐ ESBL () その他() ☐ HBV ☐ HCV			
リハビリへの 期待(患者)			家族の希望	
社会背景	☐ 一人暮らし ☐ 家族と同居		☐ 施設入所 キーパーソン:続柄()氏名	
	復帰先:			

下記の点線内は当院外来にて記入

受付日: 年 月 日	入院予定日: 年 月 日 時刻
	予約病棟

中通リハビリテーション病院 2026年7月1日改訂

