

入院申込書

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
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	膀胱留置カテーテル 有・無	自立	一部介助
食 事	種類() ()Kcal ○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	
	濃流：種類() 1回量()Kcal×()回 白湯の量(ml) ×()回		アレルギー 有・無 有の場合：薬剤名、食品名 () ワーフアリン内服 ☐ 有 ・ ☐ 無 利尿剤内服 ☐ 有 ・ ☐ 無	
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： ） 体重（ ）身長（ ）			
	☐ 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