

とやの中央病院 入院相談受付票

記入日：	年 月 日	記入者氏名：	施設名：
フリガナ 患者氏名	様 男性・女性	生年 月日	M T S H 年 月 日 歳
入院までの経過	現病名：		既往歴
医療面	吸引(回/日)・酸素(ℓ)・インシュリン(薬品名: 単位 回/日) その他(
褥瘡	無 ・ 有 部位： 大きさ：		
	処置内容：		
	褥瘡以外の皮膚処置： 無 ・ 有		
	処置内容：		
身長・体重	身長 cm	体重	kg
感染症	無 ・ 有 ()		
麻痺	無 ・ 有 部位：	拘縮	無 ・ 有 部位：
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 一般食 ・ 特別食 () kcal 形態() ・ 提供量() ・ 摂取量(割) 経口 ・ 経鼻(Fr) ・ 胃ろう ・ その他()		
起居動作	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
座位保持	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		シャワー浴 ・ 中間浴 ・ 特浴
寝返り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
立位保持	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		トイレ ・ P-トイレ ・ リハビリパンツ・ オムツ
移乗動作	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		フォーレ・ ストマ ()
移動手段	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 (標準型 ・ リクライニング) ・ ストレッチャー		
障害	無 ・ 有 視覚障害() ・ 聴覚障害() ・ 言語障害()		
意思疎通	問題なくできる ・ 簡単な受け答えができる ・ 声掛けに頷く程度 ・ 不可 ()		
認知症	無 ・ 有 ()		
問題行動	無 ・ 有 大声を出す ・ 暴言暴力 ・ チューブ抜去 ・ ベッド転落 ・ せん妄 ・ 昼夜逆転 ・ 介護抵抗 徘徊 ・ その他 ()		
抑制	センサーマット ・ ミトン ・ 抑制帯 ・ その他()		

リハビリ	無 ・ 有 (PT・OT・ST) リハビリ疾患名： 算定区分： 脳血管 ・ 廃用 ・ 運動器 ・ 心大血管 ・ 呼吸器 ・ 摂食療法 リハビリ起算日： (廃用リハの場合、廃用症候群と診断された日を記載してください)	
本人・ご家族等の生活状況、家族構成	身元引受人 (キーパーソン) 氏名： (続柄)	
	成年後見人制度の利用： 無 ・ 有 氏名：	
今後の方向性	長期療養 在宅 施設 (申込 無 有) 施設申込先：	
当院への希望	高度・専門的治療の希望： 希望する ・ 希望しない その他：	
保険・経済状況等	後期高齢者 ・ 高齢受給者 ・ 国保 ・ 社保 ・ 県障 生活保護 ・ 低所得 (区分Ⅰ ・ 区分Ⅱ) ・ その他 ()	
介護保険	無 ・ 有 介護度：	ケアマネージャー：
身障手帳	無 ・ 有 級 ()	指定難病 無 ・ 有 ()
特記事項		

R3.5

とやの中央病院 地域連携室

TEL：(025) 288-2470 (直通)

FAX：(025) 288-2471 (直通)