

川久保病院 ( 回復期 一般 ) 病棟入院申込用紙

20 年 月 日

(受付) 高橋・森川

病院・施設名 \_\_\_\_\_ 脳神経外科,神経内科,整形外科,内科,救急科( )科( )病棟  
主治医 \_\_\_\_\_ 先生

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 様 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 歳 (男・女)  
住所: \_\_\_\_\_

※該当する項目の□に✓点を付けてください。

●主病名 (発症日、受症日)

--

( \_\_\_\_\_ 年 月 日 発症・受傷 )  
( \_\_\_\_\_ 年 月 日 手術日 )

●併存疾患

- 高血圧 糖尿病 高脂血症 心房細動 その他心臓病 脳卒中後遺症  
悪性腫瘍 骨関節疾患 認知症疾患 神経筋疾患 その他

●既往歴・家族歴・現病歴・機能障害・今後の見通し：紹介状があればこの欄の記載不要です。

--

●病前のADL・社会生活能力

- 全く問題なかった、不自由さがあった ( \_\_\_\_\_ )  
1) 生活場所：自宅 その他 ( \_\_\_\_\_ )  
2) 排泄：自立 要介助  
3) 移動：自立 要介助 \*補助具 杖・車いす・その他 ( \_\_\_\_\_ )

●現在のADL

- 1) 摂食：自立 見守り 一部介助 全介助 経口摂取不可  
2) 排泄：自立 一部介助 全介助 失禁状態\*排泄用具 ( \_\_\_\_\_ )  
3) 歩行動作：自立 見守り 一部介助 全介助 非実施  
4) 移乗動作：自立 見守り 一部介助 全介助 非実施  
5) 意思疎通：自立 軽度障害 重度障害 JCS2桁以上の意識障害  
不穏・問題行動：徘徊・暴言・暴力・妄想・幻聴・幻覚  
6) 食事内容： \_\_\_\_\_ 形態：キザミ・とろみ付・その他 ( \_\_\_\_\_ )  
7) 医療行為：酸素 点滴 吸引 センサー：ミトン・抑制帯・離床  
8) 挿入チューブ PEG 経鼻胃管 尿道留置カテーテル  
9) 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

<家族状況>

- 家族構成 独居 夫婦2人 その他 ( \_\_\_\_\_ ) キーパーソン ( \_\_\_\_\_ )  
●介護保険：無 有 ( \_\_\_\_\_ ) ケアマネ ( \_\_\_\_\_ )  
●治療終了後の退院先希望 自宅 長期療養施設 未定

\* 検討会議の後、判断しご返事させていただきます。