

川久保病院 (回復期 一般) 病棟入院申込用紙

20 年 月 日

(受付)

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。