

勤医協札幌西区病院の入院申し込み書

20 年 月 日 病院 (病棟・外来) 科

患者コード _____ 主治医(記載者) _____

| | | |
|---|---|---|
| 患者名 | フリガナ _____ 生年月日 _____ 殿 男・女 M・T・S・H 年 月 日 歳 | |
| 住所 | TEL _____ | |
| 連絡先 (続柄) | キーパーソン・氏名 _____ 殿(続柄 _____) | TEL _____ |
| 主病名及び既往 歴(OPE日と発症 日は必ず入れて 下さい) | 病名 | #1 _____ #4 _____ #2 _____ #5 _____ #3 _____ #6 _____ |
| | 傷病経過 入院日(月 日) | |
| | 継続している治療 | <input type="checkbox"/> 点滴(末梢) <input type="checkbox"/> CVカテ <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> ドレーン類() <input type="checkbox"/> シリンジポンプ <input type="checkbox"/> チェッカー <input type="checkbox"/> 腸瘻ポンプ <input type="checkbox"/> 高額薬品 |
| 転院後の治療 | | |
| 入院目的 | <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 在宅調整(調整中・未) <input type="checkbox"/> 終末期 <input type="checkbox"/> 方針未定 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 施設・病院待機()申し込み(未・済)・待機期間()ヶ月 | |
| 家族・本人へ病状・ 転院の説明と同意 | | 家族の理解 及び受け止 め内容 _____ |
| 医療区分 | <input type="checkbox"/> うつに対する治療 <input type="checkbox"/> 吸引が1日8回以上 <input type="checkbox"/> 1日3回以上の血糖測定 <input type="checkbox"/> 難病がある() <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 24時間管理が必要な状態である <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 脊髄損傷(四肢麻痺) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> じょくそうがⅡ度または2ヵ所以上 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍による疼痛コントロール <input type="checkbox"/> その他() | |
| 障害者区分 | <input type="checkbox"/> 重度の意識障害がある(JCS30以上またはGCS8以下) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患以外の身体障害者手帳を取得している【 級 疾患名部位 _____ 】 <input type="checkbox"/> 脳卒中後遺症・認知症以外の傷病で日常生活自立度がBランク以上である【病名 _____ 】 <input type="checkbox"/> 難病疾患がある(筋ジストロフィー・パーキンソンなど)【難病名 _____ 】 | |
| 要介護度 | 自立・未申請 | 要支援1・2 要介護 1 2 3 4 5 |
| 日常生活自立度判定 | 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 | |
| 認知に関わる日常生活自立度 | 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV V | |
| 身体状況 | 認知機能 | 見当識障害 無・有(時間 場所 人) 記憶障害 無・有(軽い物忘れ 中等度記憶障害 重度記憶障害) 行動障害 無・有(昼夜逆転 徘徊 不穏 妄想 幻覚 /その他) センサーの有無(センサーマット/パッチコール/その他) 転倒歴(有・無) 月 日、センサー・パッチの使用状況() |
| | A D L など | 起立 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 除圧マットの使用() 移動(福祉用具) <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 一本杖 <input type="checkbox"/> 車椅子(普通・電動・リクライニング) <input type="checkbox"/> 電動ベッド 寝返り・起き上がり <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えあれば可 <input type="checkbox"/> 不可 立位・座位保持 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えあれば可 <input type="checkbox"/> 不可 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 経管栄養() <input type="checkbox"/> 食事回数(回) <input type="checkbox"/> 全介助:食事介助に要する時間(約 分)・摂取量(割)・STの介入(有・無) 食事形態 <input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 粥食(分粥) <input type="checkbox"/> おかず(きざみ・ミキサー) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 減塩(g) <input type="checkbox"/> カロリー()Kcal <input type="checkbox"/> 水分のとりみ <input type="checkbox"/> CVC 排泄状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> オムツ ナースコール <input type="checkbox"/> 押す <input type="checkbox"/> 押せない 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助(一般浴/シャワー浴/機械浴) 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> じょくそう(部位 _____ ・ cm)(処置内容 _____)他() |
| 特記事項 | 感染症の <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 点滴・処方内容 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し | |

※他に看護添書・SW情報提供書などある場合は、添付して下さい ※個人情報につき取り扱いに注意して下さい

※点滴・処方内容を添付して下さい(西区療養病床への転院は可能な限り3ヶ月処方をお願いします) 2011・6・7改定
(連絡先)