

# 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		
住所	殿 男・女 M・T・S・H		年	月 日 歳	
連絡先(続柄)	キーパーソン・氏名		TEL		
主病名及び既往歴(OPE目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"/> 腸慶ポンプ <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"/> 吸引が1日8回以上 <input type="checkbox"/> 1日3回以上の血糖測定(インスリン等の注射を施行) <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)		
	A	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( )		
		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)		
		D	<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)		
しなど	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( )			
	排泄状況	<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			
	ナースコール	<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			
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 押し <input type="checkbox"/> 押しせない				
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)				
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1ヶ月処方をお願いします) 2016・4・1改定  
 《連絡先》