入院申込書

大原医療センター　地域連携相談室　宛　　医療機関名

医師名

申し込み病棟	□回復期　□地域包括　□（　　）		退院支援加算1算定	□ 無　□ 有	
			連携パス	□ 無　□ 有	
			二次性骨折予防１	□ 無　□ 有	
フリガナ 患者名		生年月日	年　月　日	年齢	歳
住所		性別	□ 男性　□ 女性		
病名		発症・受傷日			
手術	□ 無　□ 有　術式	手術日			
既往歴	かかりつけ医				
麻痺の状態	□ 無　□ 有　麻痺部位				
褥瘡	□ 無　□ 有　（部位　　）　（処置内容　　）				
酸素使用	□ 無　□ 有　（　□ 経鼻　□ マスク　　ℓ　）				
経管栄養	□ 無　□ 有　（　□ 経鼻　□ 胃瘻　）（栄養剤の種類　　）				
上記以外の 医療行為 ※気切・点滴・注射等	感染症：　□ 無　□ 有　（　　）				
起居動作	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助　□ 起居不能				
移乗	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助				
移動	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助　移動手段				
排便	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 失禁 □ リハパン　□ オムツ　□ ポータブルトイレ　□ 身障トイレ　□ ストーマ				
排尿	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 失禁 □ リハパン　□ オムツ　□ ポータブルトイレ　□ 身障トイレ　□ 尿器 □ カテーテル　□ ストーマ				
認知症	□ 無　□ 有　（専門医の受診　□ 無　□ 有(　　)）ＨＤＳ-Ｒ　　点				
不穏	□ 無　□ 有　（　□ 離床センサー　□ 抑制帯　□ ミトン　）				
意思疎通	□ 問題なし　□ ある程度通じる　□ ほとんど通じない				
睡眠	不眠　（　□ 無　□ 有　）　睡眠剤使用　（　□ 無　□ 有　）				
食事摂取	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助				
食事形態	□常食　□軟飯　□全粥　□ 7分　□ 5分　□ 嚥下食　□ 制限食(　　)				
調理形態	□ 副食5分　□ 一口大　□ きざみ　□ とろみ　□ ゼリー　□ ペースト				
身長体重	身長（　　cm）　体重（　　Kg）　（測定日　　）				
介護認定	□ 未申請　□ 申請中　□ 要支援（　　）□ 要介護（　　） 居宅（　　）　担当CM（　　）				
入院前ADL	歩行手段：□ 無　□ つかまり　□ 杖　□ 歩行器　□ 他(　　) 認知症：□ 無　□ 有　（BPSD　　） 就労有無：□ 無　□ 有				
家族構成		キーパーソン 続柄	ふりがな 氏名 連絡先：		
備考 個室希望	□ 無　□ 有　　担当相談員：				