

(回復期リハビリ病棟 療養病棟)入院予約用紙 ※どちらかを選択して下さい

紹介年月日	令和 年 月 日				
フリガナ			性別	生年月日・年齢	歳
患者氏名	様		女	M・T・S・H・R	年 月 日
患者住所					
紹介元病院	病院 病棟()科) 主治医:				
	入院日: 令和 年 月 日 /他科受診: 科 科 科				
疾患名/合併症	/				
手術名/手術日	手術名:		/ 手術日: 令和 年 月 日		
既往症/手術歴	/				
意識レベル	<input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> 1~3 <input type="checkbox"/> 10~30 <input type="checkbox"/> 100~300				
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他:				
言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害)				
呼吸管理	<input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> マスク ※診療情報提供書にSpO ₂ が90%以下時点の年月日、()%、ℓ/minの記載をお願いします。				
	<input type="checkbox"/> 気切カニューレ(Fr) <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法(HOT) <input type="checkbox"/> 吸引8回以上/日 ()回/日				
栄養	<input type="checkbox"/> 絶飲食 <input type="checkbox"/> 経口可能 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう 食形態: / Kcal				
処置	<input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> 尿バルカテル(F) <input type="checkbox"/> 褥瘡 (<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV)部位:				
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> 菌種・その他() <input type="checkbox"/> 未検査				
認知症・問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度) 問題行動()				
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 血糖測定(検) <input type="checkbox"/> インスリン注射				

◎廃用症候群の診断でリハビリを行う場合は ・主病名(急性疾患、術後に限る)・主病名の診断日
・主病名の治療経過・(主病名による)廃用症候群の診断日の記載を診療情報提供書をお願いします。

患者の状況(看護師記入)	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	/
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	/
寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	/
座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない
移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り・一部介助が必要	<input type="checkbox"/> できない
移動方法 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 介助を要しない移動	<input type="checkbox"/> 介助を要する移動(搬送含む)	/
口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	/
食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
他者への意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できる時とできない時がある	<input type="checkbox"/> できない
診療・療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	/
危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	/
合計得点			点

キーパーソン	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 () <input type="checkbox"/> その他: ※別居の場合居住地を記入
同居家族	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> その他:
退院後の生活希望	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他:
リスク	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 経済 <input type="checkbox"/> 家屋 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他:
未収金	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 請求未発生
現在の申請支援関係	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 傷病手当 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 難病受給者証 <input type="checkbox"/> その他:
現在の介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 区分変更) 調査日: <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 不明
ケアマネジャー	事業所() 氏名() 様
サーモンケアネット	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

○この用紙と同時に保険情報を必ずFAXして下さい。(カルテ表紙可)

紹介元連絡担当者

○入院の可否、および入院予定日は後日電話でご連絡申し上げます。

宮古第一病院への入院・転院について

1. まずはお電話にて、患者様の概要を教えてください、以下の情報をご提供ください。

特定医療法人弘慈会 宮古第一病院 入退院調整室直通 TEL・FAX 0193(64)0577

●左記の入院予約用紙

●診療情報提供書（薬剤情報も含む）

※検査データ等が必要な場合には、当院から連絡させていただきます。

●保険情報

2. 入院調整会后、日程等をお伝えしますので、貴院と家族の都合をご確認いただきお返事ください。

※入力方法について

- ・先に患者様の氏名を入力すると「フリガナ」表示されます
※フリガナを変更するには、数式を削除して入力してください。
- ・性別や生年月日の和暦、その他の項目をプルダウンから選択してください。
- ・患者様の電話番号は市外局番からお願いします。
- ・「患者の状況」はプルダウンから選択すると自動計算されます。



特定医療法人弘慈会 宮古第一病院 0193(62)3737(代)

入退院調整室直通 TEL・FAX 0193(64)0577