

# 入転院申込書（情報提供書）

連携パス適応（あり・なし）

フリガナ			生年月日	明・大 昭・平	年	月	日（歳）	男・女
患者様氏名								
住 所	〒 -				自宅Tel（ ） -			
					携帯Tel - -			
主 な 連絡先	〒 -		名前		関係	自宅Tel（ ） -		
						携帯Tel - -		
医療保険区分	国保・社保・労災・高齢者（1割 3割）・交災・特定疾患・重度医療・その他（ ）							

## 身体状況

身長：	cm	体重：	kg	感染症	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし	
麻 痺	<input type="checkbox"/> あり（ ） ・ 片麻痺（右・左） ・ 単麻痺（部位： ） <input type="checkbox"/> なし					
拘 縮	<input type="checkbox"/> あり（部位・程度： ） <input type="checkbox"/> なし		褥 瘡	<input type="checkbox"/> あり（部位： ）大きさ：		
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 簡単な会話・指示が理解できる <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
ナースコール	<input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない		認知症	<input type="checkbox"/> あり（ 軽度・中度・重度 ） <input type="checkbox"/> なし		
精神状態	<input type="checkbox"/> 不穏あり【 】 <input type="checkbox"/> なし					
問題行動	<input type="checkbox"/> あり【 徘徊・暴言・不潔行動・昼夜逆転・声出し・その他（ ）】 <input type="checkbox"/> なし					
嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	聴覚障害	<input type="checkbox"/> あり（ ほとんど聞こえない・補聴器使用すれば聞こえる ） <input type="checkbox"/> なし			
視覚障害	<input type="checkbox"/> あり（ 全盲・目の前のものは見える・眼鏡使用・その他 ） <input type="checkbox"/> なし					

## ADL情報

食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティングのみ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
食形態	<input type="checkbox"/> 主食（ 米飯・粥・ミキサー ） <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	<input type="checkbox"/> 副食（ 常食・キザミ・みじん・ミキサー ） <input type="checkbox"/> その他（ ） トロミ： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 制限食： <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし					
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ（ 要介助・見守り・不要 ）					
	<input type="checkbox"/> オムツ（ 日中・夜間・終日・RHパンツ・尿パット ） <input type="checkbox"/> カテーテル留置 ・便 尿意： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ストーマ					
移 動	歩行： <input type="checkbox"/> 自立（ 杖・伝い歩き・歩行器 ） <input type="checkbox"/> 要見守り（ 杖・伝い歩き・歩行器 ） <input type="checkbox"/> できない					
	車椅子：（ 自走・介助 ） 移乗：（ 自立・一部介助・介助 ）					
立 位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不能		体交	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 要体交		
座位保持	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 背もたれあれば可能 <input type="checkbox"/> 不可能		装 具	<input type="checkbox"/> あり（ 介助・自立 ） <input type="checkbox"/> なし		
衣類の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		清 潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
睡 眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> いびき 睡眠薬の常用： <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし					

※ 診療情報提供書・最近の検査データのコピー添付をお願いします。



医療法人社団 英志会

富士整形外科病院