

# 佐賀リハビリテーション病院 地域連携室 入院予約票

(送信先)FAX番号 0952-25-0240

記入日( H 年 月 日)

紹介病院名	病棟	担当医師
連絡先番号	担当者名	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 連携室 <input type="checkbox"/> MSW

フリガナ 患者氏名	性別 男・女	キーパーソン( ) 独居・同居 <input type="checkbox"/> 生活保護
生年月日 年 月 日 ( 歳)	現在治療中の病気・既往歴 (特に癌・悪性腫瘍、感染症については記載をお願いします)	
病名		
発症日 H 年 月 日		

入院目的	<input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 廃用症候群 <input type="checkbox"/> その他( )
------	---

当院利用状況	<input type="checkbox"/> 入院歴 : あり・なし <input type="checkbox"/> 外来利用歴 : あり( )・なし
--------	--

A D L 状 況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 嚥下障害(経管・胃ろう) <input type="checkbox"/> 絶食
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 トイレ・ポータブルトイレ・尿器・留置カテーテル・失禁・オムツ(日中・夜間)
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 独歩・杖・歩行器・車椅子(自走可・不可)・ストレッチャー
	運動能力	<input type="checkbox"/> 麻痺(右・左) <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 簡単な会話程度 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 構音障害
	精神・問題行動	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> なし
その他	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 抑制(有・無) <input type="checkbox"/> 感染症( )	

介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 介護度(要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5)
------	---

部屋希望	<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 2人部屋(2160円/日 税込) <input type="checkbox"/> 個室(5400円/日 税込)
備考:	

備考	
----	--

\* 本様式は診療情報提供書ではございません  
入院時には診療情報提供書とあわせて貴院で行われた血液型、感染の情報を含めた血液検査のデータも添えていただきますようご協力よろしくお願いたします。

\* 当院では労災、自賠責での入院はお受けできません。ご理解のほどよろしくお願いたします。

紹介先連絡日 年 月 日 連絡者 受理者

佐賀リハビリテーション病院  
平成26年 7月 1日 改正