

佐賀リハビリテーション病院 入院予約票

地域連携室行 FAX番号 0952-25-0240

記入日(R 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	
		科 先生

(フリガナ) 患者氏名	現在治療中の病気・既往歴 (特に癌・悪性腫瘍については記載をお願いします)
生年月日 年 月 日 (男・女 歳)	
診断名	
発症日 R 年 月 日	
手術を行っている場合は 手術日 R 年 月 日	

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(経鼻経管・胃ろう) <input type="checkbox"/> 絶食 食事内容: 食 kcal 塩分 g/日 主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 炊き <input type="checkbox"/> 全粥 副食: <input type="checkbox"/> 形 <input type="checkbox"/> 一口大きざみ <input type="checkbox"/> 超きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル) <input type="checkbox"/> 普通下着 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ
	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"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助・見守り(杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子)
	運動麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)
	高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:(<input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> 失語症)
そ の 他	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
	身体抑制	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:()
	医療行為	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:(<input type="checkbox"/> 酸素 L/分 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 褥瘡)
	感染症	<input type="checkbox"/> HCV抗体(+,-) <input type="checkbox"/> HBs抗原(+,-) <input type="checkbox"/> TPHA(+,-) <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> その他
公費扱い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:(<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 難病指定疾患(病名:)	
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)	
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居者あり() キーパーソン: 続柄() (同居・別居)	
本人・家族の希望	記入例:トイレ動作が自分でできるようになれば在宅	
部屋希望	<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 2人部屋(2420円/日 税込) <input type="checkbox"/> 個室(6050円/日 税込) <input type="checkbox"/> 特別室(8800円/日 税込) 備考:	
転院可能な時期	<input type="checkbox"/> いつでも可 <input type="checkbox"/> 月 日以降	
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。

※下記は佐賀リハビリテーション病院記入欄

紹介先連絡日 年 月 日 連絡者 受理者 ID: 令和6年9月1日改正