

入院申込書(病院名)

⇒新宇都宮リハビリテーション病院
 連携室直通TEL:028-666-7411 FAX:028-666-7430

グループ病院併願状況
 新上三川 宇都宮

| | | | | |
|------|------|-------------------|-----|----------------|
| ふりがな | 年齢 | 生年月日 | 性別 | 職業 |
| 患者氏名 | 歳 | 大正 昭和 平成 年 月 日 | 男・女 | 身長 cm 体重 kg |
| 住所 | 電話番号 | | | |

病室の種類 (税込) 個室 □22,000円 □10,450円 □9,900円 2人部屋 □4,950円 □4,400円 □3,300円
 3人部屋 □2,200円 □0円 4人部屋 □2,200円 □1,650円 □0円

保険情報 限度額 □国保 □社保 □前期 □後期 (□1割 □2割 □3割) □生保(担当者: 連絡先:)
 □無 □有(□ア □イ □ウ □エ □オ (□低Ⅰ □低Ⅱ □現役Ⅰ □現役Ⅱ □現役Ⅲ) □申請中
 □労災 □事故(□一括 □健保) (保険会社名: 電話番号: 担当者:)

介護保険 □有 (要介護 ・要支援) □申請中(新規 ・ 変更 ・ 更新) □無 □非該当
 担当事業所名: 担当者: 連絡先:
 医療受給者証 □有(重心 ・ 難病) □無 身体障害者手帳 □有 疾患名() □無

経口摂取 食形態 (主食: 副菜: トロミ: 無 ・ 有 その他 (食物アレルギー))
 【食種】 常食 (kcal) ・ 軟菜 ・ 制限食 (塩分 g ・ 糖尿病食 kcal ・ その他:)

経管栄養 鼻腔 ・ 胃瘻 (栄養剤 朝: ml 昼: ml 夜: ml)
 (水分量 朝: ml 昼: ml 夜: ml 眠前: ml)

排泄 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ オムツ ・ パルンカテーテル ・ ストマ ・ ウロストミー

入浴 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助

睡眠 良眠 ・ 不眠 内服薬()

| 看護必要度B(日常生活機能評価表) | 0点 | 1点 | 2点 |
|--------------------|-----------|------------------|------|
| 床上安静の指示 | なし | あり | |
| どちらかの手を胸元まで持ち上げられる | できる | できない | |
| 寝返り | できる | 何かにつかまればできる | できない |
| 起き上がり | できる | できない | |
| 座位保持 | できる | 支えがあればできる | できない |
| 移乗 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 移動方法 | 介助を要しない移動 | 介助を要する移動 (搬送を含む) | |
| 口腔清潔 | 介助なし | 介助あり | |
| 食事摂取 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 衣服の着脱 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 他者への意志伝達 | できる | 出来る時と出来ない時がある | できない |
| 診療療養上の指示が通じる | はい | いいえ | |
| 危険行動 | ない | ある | |

ワクチン接種状況
 ※分かる範囲でご記入ください

| 種類 | 接種回数 | 最終接種時期 |
|-----------|------|--------|
| 新型コロナウイルス | 回目 | |
| インフルエンザ | | |

【家族構成】
 主介護者又はキーパーソン:
 【備考】

コミュニケーション状況
 認知症 無 ・ 有 (物忘れ程度 暴言 徘徊 独語 その他:)
 会話 可能 ・ 困難 ・ 不可 危険行動 無 ・ 有(具体的内容:)
 抑制 無 ・ 有 (安全ベルト ミトン その他:) センサー 無 ・ 有(種類:)

医療処置状況
 気管切開 : 無 ・ 有 (カニューレ種類: サイズ:) 吸引 : 無 ・ 有 (回数 回/日)
 酸素()l/min
 インスリン : 無 ・ 有 □固定打ち(種類 単位) □スライディング(種類)
 褥瘡 : 無 ・ 有(部位: 処置:) 創傷処置 : 無 ・ 有 (部位: 処置:)
 感染症 無 ・ 有 (MRSA HBs HCV 緑膿菌 ワ氏 ESBL) 検体:(痰 便 尿 血液 その他:)

その他
 現時点での回復期退院後の予定 : 自宅 介護保険施設 療養型病院 申し込み: 無 ・ 有 ()
 パス(脳 ・ 大腿骨) 無 ・ 有 二次性骨折予防継続管理料算定: 無 ・ 有
 記入者 記載日: 年 月 日 2022年7月改定