

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				
病室の種類 (税込)	特室 □25,300円 3人部屋 □2,200円 □0円	個室 □13,200円 4人部屋 □2,200円 □1,650円 □0円	2人部屋 □4,950円 □4,400円 ※入院時、個室や2人部屋など希望と相違する部屋への案内の可能性があります。					
保険情報 限度額	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 後期(□1割 □2割 □3割) <input type="checkbox"/> 生保(担当者: 連絡先:) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(□ア □イ □ウ □エ □オ) (□低Ⅰ □低Ⅱ □現役Ⅰ □現役Ⅱ □現役Ⅲ) □申請中 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 事故(□一括 □健保) 【保険会社名: 担当者: 電話番号: 】							
手帳・助成 介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(□身体障害者手帳(種類: □難病手帳(種類:) □重度心身障害者手帳 <input type="checkbox"/> 有(要介護・要支援) □申請中(新規・変更・更新)調査日 / □無 □非該当 【担当事業所名: 担当者: 連絡先: 】							
食事	経口・経管栄養(経鼻・経腸・胃瘻) 【経口】食形態(主食: 副菜: トロミ(無・有) 食物アレルギー() 常食(kcal)・軟菜・制限食(塩分 g・糖尿病食 kcal・その他:) 【経管栄養】栄養剤(種類:)投与量(朝: ml 昼: ml 夜: ml) 水分量(朝: ml 昼: ml 夜: ml 眠前: ml)							
排泄 入浴 睡眠	自立・一部介助・全介助・オムツ・バルンカテーテル・ストマ・ウロストミー 自立・一部介助・全介助 良眠・不眠 内服薬() 【既往歴】							
	看護必要度B(日常生活機能評価表)	0点	1点	2点	疾患名	発症時期	治療内容	フォロー先
	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)		【家族構成】 主介護者又はキーパーソン: 【備考】			
	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(内容:)	ない	ある					
	認知症	無・有(物忘れ程度 暴言 徘徊 独語)						
	抑制	無・有(安全ベルト ミトン その他:)						
	センサー	無・有(種類:)						
	特別なツール	手話・筆談・ジェスチャー・読唇						
医療処置状況								
気管切開	無・有(カニューレ種類: サイズ:)							
酸素	無・有()l/min							
吸引	無・有(回数 回/日)							
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:)							
その他								
感染症	無・有(MRSA・HBs・HCV・緑膿菌・ESBL・ワ氏) 検体: □痰 □便 □尿 □血液 □その他()							
連携パス	無・有(脳血管・大腿骨)							
二次性骨折	無・有							
退院予定先	自宅・施設・療養型病院→申し込み状況 □無 □有【施設・病院名: 】							

記入者

記載日: 年 月 日

2024年7月改定