

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	
ふりがな		年齢	生年月日		性別	新上三川 宇都宮	
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		特 室 □25,300円		個 室 □13,200円		2人部屋 □4,950円 □4,400円	
(税込)		3人部屋 □2,200円 □0円		4人部屋 □2,200円 □1,650円 □0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。	
気管切開		無・有 (カニューレ種類:		品番:		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)		□スライディング(種類)			
褥瘡・創部		無・有 (部位:		処置:		大きさ: × 浸出: 無・有	
食事		経口 (平均食事摂取量 割)・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		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					
入浴		自立・一部介助・全介助					
睡眠		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)				疾患名	
		0点				発症時期	
		1点				治療内容	
		2点				フォロー先	
		床上安静の指示					
		どちらかの手を胸元まで持ち上げられる					
		寝返り					
		起き上がり					
		座位保持					
		移乗					
		移動方法					
		口腔清潔					
		食事摂取(セッティング 要・不要)					
		衣服の着脱					
		他者への意志伝達					
		診療療養上の指示が通じる					
		危険行動(内容:)					
認知症		無・有 (物忘れ程度 暴言 徘徊 独語)				【他科併診】	
他者への迷惑		無・有				無・有(予約日 月 日 科:紹介状 無・有)	
抑 制		無・有 (体幹抑制 安全ベルト ミトン グリップ 四点柵)				【家族構成】	
センサー		無・有 (種類:)				主介護者又はキーパソン:	
特別なツール		手話・筆談・ジェスチャー・読唇				【備考】	
就 労		□無 □有()					
保険情報		□国保 □社保 □前期 □後期 (□1割 □2割 □3割) □生保 (担当者: 連絡先:)					
限度額		□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: 担当者: 電話番号: 】					
手帳・助成		□無 □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					
介護保険		□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: 】					
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				2025年12月改定	