

転院申込書

病院名

(ふりがな) 氏名		性別 男 ・ 女	生年月日 T・S・H 年 月 日	
住所			電話番号: ()	
主病名 (発症日)			既往歴	
病室の希望	<input type="checkbox"/> 個室 トイレあり:13200円(税込) / トイレ無し: 11000円(税込) 2. 大部屋 ※大部屋が満床の場合は差額部屋にご案内させていただきます。 ※差額部屋には、冷蔵庫とテレビ視聴料が含まれています。			

身体状況				
感染症	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし			
麻痺	<input type="checkbox"/> あり(部位: 程度:) <input type="checkbox"/> なし			
荷重制限	<input type="checkbox"/> あり(期間・状態:) <input type="checkbox"/> なし	コルセット	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし	
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 簡単な会話・指示が理解できる <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他()			
意識レベル	<input type="checkbox"/> クリア <input type="checkbox"/> Ⅰ(1 2 3) <input type="checkbox"/> Ⅱ(10 20 30) <input type="checkbox"/> Ⅲ(100 200 300)			
ナースコール	<input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない			
認知症	<input type="checkbox"/> あり(軽度 ・ 中度 ・ 重度) <input type="checkbox"/> なし			
精神状態	<input type="checkbox"/> 不穏あり() <input type="checkbox"/> なし			
問題行動	<input type="checkbox"/> あり 徘徊 暴言 不潔行動 昼夜逆転 声だし その他() <input type="checkbox"/> なし			
嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり(状態:) <input type="checkbox"/> なし			
聴覚障害	<input type="checkbox"/> あり(ほとんど聞こえない ・ 補聴器使用すれば聞こえる) <input type="checkbox"/> なし			
視覚障害	<input type="checkbox"/> あり(全盲 ・ 目の前のものは見える ・ 眼鏡使用 ・ その他) <input type="checkbox"/> なし			
アレルギー	<input type="checkbox"/> あり 1. 薬品 2. 食品 内容() <input type="checkbox"/> なし			

ADL情報				
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティングのみ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (鼻腔 ・ 胃瘻) 栄養剤:朝 ml 昼: ml 夜: ml その他: ml 水分 :朝 ml 昼: ml 夜: ml その他: ml			
	<input type="checkbox"/> 主食 (米飯 ・ 粥 ・ ミキサー) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 副食 (常食 ・ キザミ ・ ミキサー) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> トロミ あり ・ なし <input type="checkbox"/> 制限食あり() ・ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 摂取量()			
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ(要介助 ・ 自立) <input type="checkbox"/> オムツ (日中 ・ 夜間 ・ 終日 ・ RHパンツ ・ 尿パット) <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 便・尿意 (あり ・ なし ・ 不明) <input type="checkbox"/> ストーマ (製品			
移動	<input type="checkbox"/> 歩行自立(杖 ・ 伝い歩き ・ 歩行器) <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 車イス (自走 ・ 介助) <input type="checkbox"/> 移乗(自立 ・ 介助)			
立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不能			
体位変換	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
座位保持	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 背もたれあれば可能 <input type="checkbox"/> 不可能			
衣類の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
睡眠	<input type="checkbox"/> いびき	睡眠薬の常用 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		
リハビリ	単位数・内容()			
FIM又はBI	点数()			

