



半田中央病院 地域包括ケア病棟申込書(情報シート)

年 月 日 記入

半田中央病院 宛

住所: 〒475-0017

半田市有脇町13-101

TEL: 0569-20-2208 (回復期連携室)

FAX: 0569-20-2209 (回復期連携室)

紹介元医療機関の所在地及び名称

医療機関名:

住所: 〒

TEL:

FAX:

※かかりつけ医からの診療情報提供書と本状と一緒にFAXお願いいたします

ふりがな 患者氏名			
当院入院歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(年 月 日 ~ 日間)
当院退院後の希望	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 施設	() <input type="checkbox"/> 迷っている
レス バイ ト	入院希望の理由:		
	入院希望期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日		
家族構成:			
緊急時連絡先 :			
連絡先①	氏名:	歳	電話:
	続柄:	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	居住地 () 携帯電話:
	連絡可能時間等 ()		
その他の連絡先			
連絡先②	氏名:	歳	電話:
	続柄:	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	居住地 () 携帯電話:
	連絡可能時間等 ()		
連絡先③	氏名:	歳	電話:
	続柄:	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	居住地 () 携帯電話:
	連絡可能時間等 ()		
診断名	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照		

現病歴	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照
既往歴	
病名:	年齢: 歳
病院名・主治医 :	
内容:	
病名:	年齢: 歳
病院名・主治医 :	
内容:	
病名:	年齢: 歳
病院名・主治医 :	
内容:	
病名:	年齢: 歳
病院名・主治医 :	
内容:	
次回受診予約 (あれば記入)	
社会保障制度利用状況 :	
<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 級 種 (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育)	
<input type="checkbox"/> 申請中 (申請日 調査日) その他 ()	
サービス、福祉用具 :	
ケアプラン作成事業所 :	
かかりつけ薬局 :	<input type="checkbox"/> お薬手帳あり
訪問看護ステーション:	
心身の状態 :	
使用していたもの :	

今までの状況	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー、手押し車 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()
	趣味・嗜好： 日課： 職業歴
	飲酒： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (種類： 1日量：) 喫煙： <input type="checkbox"/> なし 禁煙 () 年前 <input type="checkbox"/> あり () 本 / () 年間
住環境	住居： <input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> その他 () 手すり： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (場所)) 改修： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (場所)) <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> 和式トイレ
	医療行為 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (<input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> 鎖骨下 <input type="checkbox"/> 内頸 <input type="checkbox"/> 鼠径) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置(部位：) <input type="checkbox"/> 痰吸引 (昼間 回/夜間 回) <input type="checkbox"/> ドレーン管理 <input type="checkbox"/> モニター管理 <input type="checkbox"/> 酸素(流量： ℓ/min) (<input type="checkbox"/> 在宅酸素) <input type="checkbox"/> 抗がん剤 () <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 () <input type="checkbox"/> インスリン (<input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 他者注射 <input type="checkbox"/> スケール) <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> 胸水穿刺 <input type="checkbox"/> 腹水穿刺 <input type="checkbox"/> PTGBD <input type="checkbox"/> その他()
褥瘡以外の皮膚異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
移動	<input type="checkbox"/> 歩行 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器具：) <input type="checkbox"/> 車いす (<input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 床上(マットレスの種類))
排泄	日中： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル 夜間： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 排便コントロール (<input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 薬剤の使用())
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)
食事	<input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし <input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 食事形態() <input type="checkbox"/> とろみあり(水分のみ) <input type="checkbox"/> 食事にとろみあり
認知機能面	<input type="checkbox"/> 言語障害(失語) <input type="checkbox"/> 認知機能障害 (HDS-R 点 MMSE 点) <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害(FAB) <input type="checkbox"/> 問題行動あり (<input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 危険行動 <input type="checkbox"/> 徘徊・離院) 認知症高齢者日常生活自立度(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Ia <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M)
睡眠状況	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 眠剤()

入れ歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位 ()
インフルエンザ 予防接種	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 済 (時期 :) <input type="checkbox"/> 当院で希望 <input type="checkbox"/> 希望なし
その他の 予防接種	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 済 (種類 : 時期 :)
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> Hb <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> その他 :)
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 食物 内容 :)
経済状況	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他 ()
入院セット	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 迷っている
その他 特記事項	

※お分かりになる範囲でご記入ください
ご記入いただいた個人情報は、当院の診療以外の目的で使用することはありません

FAX:0569-20-2209(回復期連携室)

