

入 院 申 込 書

※

受付年月日	年	月	日
来談者			

フリガナ				明治・大正・昭和・平成					
患者氏名				年 月 日生	歳	男・女			
住 所	〒 □□□-□□□□			電話()					
上記外の	①氏名 (続柄) 電話()			-	自宅・勤務先				
連絡先	①氏名 (続柄) 電話()			-	自宅・勤務先				
保険の種別	<input type="checkbox"/> 健康保険		<input type="checkbox"/> 国民健康保険		<input type="checkbox"/> 老人医療		<input type="checkbox"/> 交通事故		
	<input type="checkbox"/> 労災		<input type="checkbox"/> 生活保護		<input type="checkbox"/> 特定疾患		<input type="checkbox"/> その他()		
患者さんの 現在の状態	1. 食事 <input type="checkbox"/> ひとりできる <input type="checkbox"/> 介助が必要		6. 会話 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない						
	2. トイレ <input type="checkbox"/> ひとりできる <input type="checkbox"/> 介助が必要		7. 歩行(杖・装具など使用しても可) <input type="checkbox"/> ひとりできる <input type="checkbox"/> 歩けない						
	3. オムツ <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 必要		8. 車椅子の操作 <input type="checkbox"/> ひとりできる <input type="checkbox"/> できない						
	4. 入浴 <input type="checkbox"/> ひとりできる <input type="checkbox"/> 介助が必要		9. ベッドから車椅子の乗り降り <input type="checkbox"/> ひとりできる <input type="checkbox"/> 介助が必要						
	5. 着替え <input type="checkbox"/> ひとりできる <input type="checkbox"/> 介助が必要		10. 日付・場所の理解 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない						
現在	<input type="checkbox"/> 入院中 (病院名						病室		
	<input type="checkbox"/> 自宅		<input type="checkbox"/> その他(

※

外来 検診		入院 日		病 室		備 考	
----------	--	---------	--	--------	--	--------	--

※欄については記入しないでください。

医療法人 社団 清 明 会
静岡リハビリテーション病院

紹介主治医の意見（診療情報提供者）

下記の欄は現在診療を受けている医師に記入していただいでください。

患者	フリガナ 氏名		性別	男・女
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）		

傷病名			合併症	
			既往歴	
経路及び 現在の 治療状況				
現在の 処方				
運動麻痺	なし・あり	左・右	上肢・下肢	
言語障害	なし・あり	失語症・構音障害		
痴呆症状	なし・軽度・重度	夜間不穏	なし・あり	
精神疾患	なし・あり()			
食事方法	経口摂取・経鼻経管・胃ろう()			
排泄障害	なし・ありカテーテル・オムツ()			
褥瘡	なし・あり(部位・程度)			
HCV(－・＋・未検)	HB(－・＋・未検)		ワ氏(－・＋・未検)	
MRSA(－・＋・未検)				

平成 年 月 日

医療機関名

科

医師 氏名

☎ (電話 ー ー)

医療法人 社団 清 明 会
静岡リハビリテーション病院