

FAX

宮城病院神経難病入院(審査)申込み用紙

入院の可否、および入院予定日は、後日電話などで御連絡申し上げます。

FAX: 0223-37-5055(地域医療連携室直通)

宛先 : 独立行政法人国立病院機構 宮城病院 神経内科

下記項目の適合するものに丸印をつけ、下線に記入し、FAXにて申し込んでください

申し込み 年月日: _____ 年 月 日

施設名: _____

診療科: _____

主治医: _____

連絡先: TEL: _____ FAX: _____

希望入院期間: 約()週間、約()か月
または 月 日 ~ 月 日
理由: _____

患者情報

ふりがな

1. 氏名: _____ 男・女

2. 当院受診歴: 有・無

3. 年齢: _____ 才 生年月日: T・S・H _____ 年 月 日

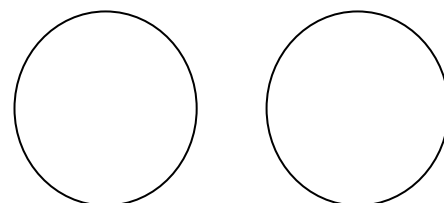
4. 住所: _____ 県 _____ (市・町・村)

5. 病名: _____ (確診・疑い)

6. 発症: _____ 年 月

7. 手術歴: 無・有()

8. 経過の概要: _____



最近のCT・MRIの状態を書き込んでください

9. 特記すべき合併症: (_____)

10. 検査結果の特記事項

11. 現在の状態

意識障害: 無・有(3-3-9度方式にて): _____ apalic synd. akinetic mutism

麻痺: 無・有(右・左・両側 / 軽度・中等度・重度)

パーキンソン症状: 無・有(ヤール) 失調症状: 無・有(軽度・中等度・重度)

認知症: 無・有(軽度・中等度・重度) MMSE: _____ / 30

発語・意思疎通: 正常・やや低下・困難・非常に困難・不能

コミュニケーション方法: _____

精神症状: 無・有(ときどき・しばしば・重度:内容 _____)

問題行動: 無・有(内容: _____)

排泄: 自立・部分介助・全介助(トイレ・ポータブル・尿器・オムツ・留置カテーテル・自己導尿)

食事: 自立・摂食部分介助・摂食全介助・経鼻経管栄養・胃瘻・中心静脈栄養

起き上がり: 自立・部分介助・全介助・不可 歩行: 自立・監視・介助・不可

歩行以外の移動: 車椅子(自立・部分介助・全介助)・ストレッチャー

車椅子への移乗: 自立・部分介助・全介助・不可

褥創: 無・有(部位: _____ 軽度・中等度・重度)

多剤耐性菌: MRSA・MDRP・ESBL(_____)・その他の特記すべき病原体(_____)

呼吸の問題: 無・有(喀痰多し・肺炎あり・酸素吸入施行中・気管切開施行中・人工呼吸器装着)

人工呼吸器装着に至った経緯: _____

今後の人工呼吸器装着に関する方針: 装着を希望する・希望しない・未定

病名の告知: 無・有(本人・家族・両方)

12. リハ終了後の予定退院先: 自宅・病院・施設(_____)・その他(_____)

自宅退院予定の場合の主介護者: _____

自宅退院が困難な場合、その理由: _____

転院予定の病院または入所予定の施設の名称: _____

13. 介護保険: 申請未・申請中・認定済: 介護度(要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5)

介護の要点: _____