

FAX 宮城病院入院(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。

宛先：独立行政法人国立病院機構 宮城病院 FAX: 0223-37-5055(地域医療連携室直通)

TEL: 0223-37-1131(代表)

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 生年月日: _____ 年 月 日 歳

2. 住所: _____ 県 _____ (市・町・村)

3. 当院受診歴: 有・無

4. 主病名: 脳梗塞・脳出血・くも膜下出血・大腿骨骨折

その他 _____

5. 発症: _____ 年 月 日

6. 手術歴: 無・有(_____)

7. 経過の概要:

(最近のCT・MRIの所見を記載して下さい)

8. 特記すべき既往歴・合併症: _____

9. 検査結果の特記事項 _____

10. 現在の状態

意識障害: 無・有 程度: _____

麻痺: 無・有 (右・左・両側 / 軽度・中等度・重度)

認知症: 無・有 (軽度・中等度・重度)

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 _____)

コミュニケーション方法: _____

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・部分介助・全介助・トロミ剤の有無 食形態 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

褥瘡: 無・有 (部位: _____ 軽度・中等度・重度)

呼吸の問題: 無・有 (喀痰吸引必要 回/日・酸素投与中 $\frac{\text{L}}{\text{分}}$ ・気管切開・人工呼吸器装着・NPPV)

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

リハ障害因子: 無・有 (内容 _____)

11. 予定退院先: 自宅・病院・施設・その他(_____)

家族構成: _____

キーパーソン: _____

転院予定の病院または入所予定の施設の名称: _____

12. 介護保険: 申請未・申請済 申請日(/)

認定済: 介護度(要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5)・区分変更中

ケアマネジャー: _____