

入院申込み書 (情報提供書)

入院日 (令和 年 月 日)

記載日 (令和 年 月 日)

医療機関名 ()

担当者名 ()

フリガナ 氏名	男 女	生年月日 M . T . S . H 年 月 日生 () 歳
現住所 (ご自宅)	〒 -	電話 ()

連絡先① 氏名	住所:
*キーパーソンになる方	続柄() Tel: - -

保険の種別	医療保険証の種類 () <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他
-------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

要介護認定	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 月 日) <input type="checkbox"/> 認定調査(月 日) 介護度(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) 担当居宅支援事業所 () 担当者名 () 電話 ()
-------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

家族背景	家族図 <入院前の居所> <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 () <退院後の希望> <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 () <input type="checkbox"/> 療養病院 ()
------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

身体状況	医療処置 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 拘縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 寝たきり度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 視力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 聴力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 意思の伝達 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない 移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助 移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助) 食事 <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"/> 経管栄養 食種 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> 制限食 () 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(オムツ・ポータブル・尿器・カテーテル・ストマ)
------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

現在のリハビリ状況	
-----------	--

他科での診療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名・診療科)
--------	-----------------------------------------------------------------

その他	
-----	--