

FAX 送信先

0172-27-9013

弘前脳卒中・リハビリテーションセンター入院申込書

この度は、患者様をご紹介頂きありがとうございます。つきましては、入院の流れを円滑に進めるため、お手数ですが、ご紹介頂く患者様の情報を下欄にご記入ください。

患者氏名及びキーパーソン氏名は、個人情報保護のため、イニシャルでのご記入をお願い致します。
申込書を確認後、地域医療連携室担当者よりお電話にてご連絡致します。

記入年月日 令和 年 月 日

貴施設名		担当医	科	先生
ご担当者氏名	<input type="checkbox"/> 連携室 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ）様	電話番号	（ ） -	

患者氏名 (イニシャル)	姓)	名)		性別	男・女	年齢	歳
住所	市・町・村			生年月日	M・T・S・H	年	月 日
主病名				発症年月日	平成	年	月 日
				手術年月日	平成	年	月 日
現病歴							
合併症	<input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Af <input type="checkbox"/> その他（ ）						
既往歴							
処置	<input type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> インスリン（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）						
体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（種類： ）			MRI	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不明		
感染症	HBS(+・-) HCV(+・-) ワ氏(+・-) MRSA(+・-)						
内服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）						
他科受診	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（受診科目及び病名： ）						
意識レベル	<input type="checkbox"/> JCS100~200 <input type="checkbox"/> JCS10~30 <input type="checkbox"/> JCS1~3 <input type="checkbox"/> 清明						
機能障害	<input type="checkbox"/> 麻痺(右・左)(上肢・下肢) <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
日常生活	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃ろう) <input type="checkbox"/> 経口介助					
	活動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車椅子(自走:可・不可)					
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> トイレ介助					
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トイレ介助					
認知症状	記憶障害(物忘れ) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			見当識障害(時間・場所) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
精神症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
家族構成							
部屋希望	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> どちらでも良い						
備考	【主治医からのインフォームドコンセント(合併症・後遺症)など】						