

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	☐ 連携室 ☐ その他（ ☐ MSW ☐ 看護師）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	T・S・H	年 月 日	
主病名				発症年月日	令和	年 月 日	
				手術年月日	令和	年 月 日	
合併症	☐ HT ☐ DM ☐ Af ☐ その他（ ）			身長	cm	体重	kg
既往歴							
処置	☐ 点滴管理（ ） ☐ 吸引（ /日） ☐ 気管切開 ☐ 酸素（ ℓ/分） ☐ 人工呼吸器 ☐ ストーマ ☐ 褥瘡 ☐ 透析（血液・腹膜） ☐ ドレーン（ ） ☐ インスリン（ ） ☐ ペースメーカー（MRI ☐ 可 ☐ 不可） ☐ その他（ ）						
体内金属	☐ 無 ☐ 有（種類： ） 部位（ ）			MRI	1.5T ☐ 可 ☐ 不可 ☐ 不明 3.0T ☐ 可 ☐ 不可 ☐ 不明		
感染症	HBS(+・-) HCV(+・-) ワ氏(+・-) MRSA(+・-) その他（ ）						
他科受診	☐ 無 ☐ 有（受診科目及び病名： ）						
意識レベル	☐ JCS100~200 ☐ JCS10~30 ☐ JCS1~3 ☐ 清明						
要介護認定	要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 申請中 ☐ 更新中 ☐ 認定なし						
居宅・包括	（介護支援専門員： ）						
機能障害	☐ 麻痺（右・左）（上肢・下肢） ☐ 四肢麻痺 ☐ 失語症 ☐ 構音障害 ☐ 嚥下障害 ☐ 半側無視（ ） ☐ 認知症 ☐ 視力障害（右・左・失明） ☐ 聴覚障害（聾・難聴） ☐ その他（ ）						
日常生活	食事	☐ 自立 ☐ 経口介助 ☐ 経管栄養（経鼻・胃ろう） ☐ 絶食					
	活動	☐ 歩行 ☐ 車椅子（自走：可・不可） ☐ ベッド上					
	排尿	☐ 自立 ☐ トイレ介助 ☐ 尿器 ☐ カテーテル留置 ☐ オムツ					
	排便	☐ 自立 ☐ トイレ介助 ☐ オムツ					
認知症状	記憶障害（物忘れ） ☐ あり ☐ なし			見当識障害（時間・場所） ☐ あり ☐ なし			
精神症状	☐ 無 ☐ 幻覚 ☐ 幻聴 ☐ 妄想 ☐ 不穏 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ その他（ ）						
コミュニケーション	☐ 問題なし ☐ いくらか困難 ☐ 困難 ☐ その他（ ）						
家族構成							
部屋希望	☐ 個室 ☐ 大部屋 ☐ 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】						

【連絡先】（一財）黎明郷 弘前脳卒中・リハビリテーションセンター 地域医療連携室
TEL：0172-28-8220（代）