

医療法人慈善会 安藤病院 入院申込書

年 月 日

※病名、発症日、現病歴、合併症、既往歴、感染、投薬など詳細は、貴病院所定の診療情報提供書に記載をお願いします。

フリガナ 患者氏名	性別 男 女	生年月日	大・昭 平・令	年	月	日	歳	
住所	当院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明							
希望病棟	<input type="checkbox"/> 一般病棟 (<input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 個室) <input type="checkbox"/> 精神科病棟 (精神科受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 医療療養型病棟 ※医療療養型病棟を希望される場合は、一般病棟へ入院後に転棟となります。							
現在入院中の病院、入所中の施設								
退院後の方向性 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 終身 <input type="checkbox"/> その他 ()								
移動	<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"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベット上							
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティングで自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう							
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿道カテ <input type="checkbox"/> ストーマ							
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可							
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右半身 <input type="checkbox"/> 左半身 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他 ()							
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 薬剤 () 食べ物 () その他 ()							
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度)							
継続される医療処置等								
<input type="checkbox"/> 酸素投与 (ℓ) <input type="checkbox"/> 吸引 (回/日) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 褥瘡 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位: 大きさ:)								
保険	<input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他()							
介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()						ケアマネ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
家族構成	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 同居介助者有 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 2世帯同居 <input type="checkbox"/> その他							
キーパーソン	氏名	続柄	連絡先					
その他入院に対する本人、家族の希望及び退院後の不安など特記事項等								
連絡担当者様	医療機関名							
	氏名	様	連絡先					
当院 記入欄	受付日 /	入院日 / ()	時間 :	来院方法				
	入院の可否	可・否	病棟名	個室・大部屋	主治医	SW		