

茨城県立医療大学附属病院 入院申込書 (診療情報提供書) A-1

このページは必ず医師が記入してください。ご不明の点につきましては地域連携室 (029-840-2980) までお願いいたします。

紹介先 茨城県立医療大学附属病院 平成 年 月 日

担当医 科 殿

紹介元

所在地 診療科 科

連絡先 担当医 印

患者氏名		性別	男	女
生年月日	明 大 昭 平 年 月 日	年齢	歳	
住所	〒			
電話番号		携帯電話	本人 家族 ()	

傷病名				
紹介目的				
既往歴・家族歴				
症状経過・検査結果・治療経過	糖尿病 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (HbA1c % 月 日)			

併診科・かかりつけ医等の有無 該当事項があれば、科名・医療機関名および治療内容や経過について記入してください。

無 有 内容・経過 ()

リハビリテーション歴 該当するものを ○ で囲み、カッコ内に期間・頻度などを記入してください。

PT () OT () ST ()

障害などの状況 身長 (cm) 体重 (kg)

運動障害, 感覚障害, 変形や欠損の有無等

意識障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 見当識障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 行動異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 感情障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 末梢循環障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 筋緊張 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 高 大島分類 () ※ 小児のみ記入 褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位・大きさ等 ()	視覚障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 言語障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 呼吸障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 消化器症状 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 けいれん <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検 <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> その他
---	--

現在の処方 併診科・かかりつけ医等があれば、そちらのものも併せて記入してください。

茨城県立医療大学附属病院 入院申込書 (診療情報提供書) A-2

このページは原則としてMSWの方が記入してください。なお、多職種の方による分担記入も可とします。

平成 年 月 日

紹介元

記入者職種 看護師 医師 MSW

連絡先

記入者氏名

患者氏名		性別	男 女	年齢	歳
保険区分	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 特定疾患(難病) <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> マルフク <input type="checkbox"/> その他 ()				
部屋希望	[成人] <input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 2人床 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 特別室 [小児] <input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 2人床 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 和室 24時間面会希望 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)				
入院方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 ()				
退院見込先	<input type="checkbox"/> 在宅 条件 () 通院先 () <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 申込前 <input type="checkbox"/> 申込済 <input type="checkbox"/> 確保済 施設名 () <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 申込前 <input type="checkbox"/> 申込済 <input type="checkbox"/> 確保済 病院名 () <input type="checkbox"/> その他 ()				

家族構成	家族の年齢・職業・健康状態等も記入してください。同居者を線で囲んでください。	キーパーソン	氏名 続柄 職業 連絡先
		家屋調整	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸 (<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅) <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 家屋調整 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 ()
職業・学校名		補装具等	
身障手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 (級)	車椅子	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
療育手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 ()	装具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> その他 ()	
社会的サービスの利用状況			
疾患・障害についての説明	[本人] [家族]		
リハビリ上の問題点			
自由記載欄			

茨城県立医療大学付属病院 入院申込書（診療情報提供書） A-3

このページは原則として看護師の方が記入してください。なお、多職種の方による分担記入も可とします。

年 月 日

紹介元
連絡先

記入者職種 看護師 医師 MSW
記入者氏名

患者氏名	性別	男	女	年齢	歳
アレルギー	薬剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 食物 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () その他 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
ADL詳細 該当するものをレ点チェックし、必要に応じて()内に内容を記入してください。					
食事形態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 自助具() <input type="checkbox"/> 経口 (<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸) 経口摂取量/経管栄養の内容・注入方法など () 制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> エネルギー <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他) むせ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 水分とろみ(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 嚥食等 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)				
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 尿意(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 便意(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 便秘(無 有) [日中] <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他 [夜間] <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他				
移動方法	<input type="checkbox"/> 自立 (<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 4点杖 <input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> 補装具) <input type="checkbox"/> 車椅子) <input type="checkbox"/> 要介助 (<input type="checkbox"/> 歩行見守り <input type="checkbox"/> 介助歩行 ()) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャーまたは移動なし)				
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 (人介助) 介助方法()				
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらないで一人できる <input type="checkbox"/> 手すりなどにつかまればできる <input type="checkbox"/> 看護師が体位変換を行っている <input type="checkbox"/> 自分では動けない				
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないで一人できる <input type="checkbox"/> 手すりなどにつかまればできる <input type="checkbox"/> 看護師が一部動作介助を行っている <input type="checkbox"/> 自分では動けない				
座位保持	<input type="checkbox"/> 端座位が一人できる <input type="checkbox"/> 手で支えれば端座位ができる <input type="checkbox"/> 車椅子などに座ることができる <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子ストレッチャー等を使用				
立位保持	<input type="checkbox"/> つかまらないで一人できる <input type="checkbox"/> 手すりなどにつかまればできる <input type="checkbox"/> 膝折れするなど立位不安定 <input type="checkbox"/> 自分ではできない				
歩行	<input type="checkbox"/> つかまらないで一人できる <input type="checkbox"/> 手すりなどにつかまればできる <input type="checkbox"/> 膝折れするなど立位不安定 <input type="checkbox"/> 練習はしているが病棟では車椅子等 <input type="checkbox"/> 自分ではできない				
整容	<input type="checkbox"/> 歯磨き・洗顔等一人できる <input type="checkbox"/> 歯磨き・洗顔等声掛けでできる <input type="checkbox"/> 看護師が一部動作介助を行っている <input type="checkbox"/> 自分ではできない				
更衣	<input type="checkbox"/> パジャマ程度は一人できる <input type="checkbox"/> パジャマ程度は声掛けでできる <input type="checkbox"/> 看護師が一部動作介助を行っている <input type="checkbox"/> 自分ではできない				
入浴形態	<input type="checkbox"/> 一般浴自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴自立 <input type="checkbox"/> 要介助 (<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴)				
睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 内服薬有 ()				
ナースコール	<input type="checkbox"/> 使用可能 <input type="checkbox"/> 使用不可 <input type="checkbox"/> プレスコール <input type="checkbox"/> タッチコール <input type="checkbox"/> その他 ()				
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> トキングエイト* <input type="checkbox"/> その他 ()				
病状理解	<input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 概ね理解している <input type="checkbox"/> ほとんど理解できていない <input type="checkbox"/> 判断不能 <input type="checkbox"/> 家族が代理で聞いている				
指示理解	<input type="checkbox"/> 指示動作が可能 <input type="checkbox"/> 単語レベルなら指示が通じる <input type="checkbox"/> ほとんど指示が通じていない <input type="checkbox"/> 指示が通じない				
認知症・精神遅滞	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		抑制等		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> その他 ()				
処置	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> スピーチカニューレ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 (リットル/分) <input type="checkbox"/> 吸引 (hに回)				
問題行動	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 感情失禁 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()				
安全面の配慮	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> ライン類抜去防止 <input type="checkbox"/> 離床防止 <input type="checkbox"/> 離棟防止 <input type="checkbox"/> 車椅子等からの立ち上がり防止 <input type="checkbox"/> その他				