

筑紫南ヶ丘病院 入院申込書

No.

FAX: 092-589-2733

緊急 ( 当日 ・ 翌日 ) 御紹介医療機関名

※16時以降の緊急入院申込みは電話での受付となります。 電話番号

希望 【 日時： 月 日 時頃】 記入者

診療情報提供書  有  無

申込年月日: R 年 月 日

フリガナ			T・S・H 年 月 日	当院での			
患者氏名	男・女	生年月日	歳	後方支援登録		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
住所	〒 連絡先: ( )						
主病名	#1			入院目的	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> リハビリ		
	#2				<input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> レスパイト		
	#3				<input type="checkbox"/> その他 ( )		
生活歴	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族同居	同居者氏名			続柄		
	<input type="checkbox"/> 施設/病院	名称					
キーパーソン ① ※同居の場合住所不要	名前	連絡先			名前	連絡先	
	住所	続柄	②		住所	続柄	
介護保険	<input type="checkbox"/> あり	要介護・要支援 ( )	ケアマネ情報	事業所			
	<input type="checkbox"/> なし			ケアマネ名			
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 不明	周辺症状					
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
禁忌				酸素投与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( /分)		
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 元施設 <input type="checkbox"/> 他施設 ( )			急変時対応	<input type="checkbox"/> 転院希望 <input type="checkbox"/> 見守り		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )				<input type="checkbox"/> 当院での救急治療		
移動/移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> ストレッチャー						
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 経口	食種 ( )	形態 ( )	カロリー ( )	
	<input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸瘻	注入食内容			<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	

[追加項目]

排尿/排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> カテ留置
身体抑制	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ( )		喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ( /日)
コロナ	<input type="checkbox"/> ワクチン未接種	ワクチン接種回数 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回	発熱の状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( °C)
来院方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 施設車 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

当院使用欄	受付日時 / :	受付者 ( )
	主治医 ( )	病棟 ( )