

上伊那生協病院(回復期リハビリテーション・療養)病棟入院申込書

医療生協加入 組合員・未加入

受付日 年 月 日

フリガナ 氏名		男 女	生年月日 明・大 昭・平		年 月 日生 ( ) 歳			
住所(〒 — ) TEL ( )					家族構成			
緊急連絡先	氏名	様 印	続柄( )		キーパーソン:			
	住所		電話 ( )	携帯電話 ( )				
医療保険	<input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療				
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中(新規・変更) <input type="checkbox"/> 認定済 要支援: 1 2 要介護: 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー名 (事業所)				身障手帳 種 級			
所在	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院中( ) <input type="checkbox"/> 入所中(施設名: ) <input type="checkbox"/> その他( )							
かかりつけ医	(内科、神経内科、脳神経外科、外科、整形外科、眼科、神経・精神)							
生活歴(生育歴、職業歴など)								
日常生活動作の状況								
1、排尿 (失禁)	できる (トイレ・尿器)	介助	できない、	導尿、 膀胱留置カテ	9、会話	できる	わかりにくい	できない
	なし	たまにある	ある (1日回)					
2、排便 (失便)	できる(トイレ・ポータブル)	介助	できない		10、理解 (日付・場所)	わかる	少しわかる	わからない
	なし	たまにある	ある (オムツ)			11、洗面	できる	一部介助
3、食事 (形態) (義歯 有・無) (むせ・よだれ)	できる (箸・スプーン)	介助	できない (チューブ栄養)	(胃ろう) (点滴)	12、着替え 上着 下着	できる	一部介助	できない
	なし	ある				できる	一部介助	できない
4、気管切開	なし	ある(MRSA + -)			13、入浴	できる (浴槽・シャワー)	一部介助	できない
5、移動(歩行)	できる (杖・装具・ 車椅子)	一部介助	できない		14、視力 聴力	正常	低下 眼鏡使用(有・無) (程度、右 左 )	
						正常	低下 補聴器使用(有・無) (程度、右 左 )	
6、車椅子乗車	できる	一部介助	できない		15、夜間不 穏状態	なし	ある (状態 )	
7、寝返り	できる	一部介助	できない		16、褥創 (床ずれ)	なし	ある (大きさ × cm、深さ cm) MRSA + -	
8、起き上がり	できる	一部介助	できない					
意向 本人:					家族:			
入院目的	<input type="checkbox"/> 復職 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 社会生活自立 <input type="checkbox"/> 自動車運転 <input type="checkbox"/> 家庭生活自立 <input type="checkbox"/> 身体機能の維持向上 <input type="checkbox"/> 介助量軽減 <input type="checkbox"/> 痛みの軽減 <input type="checkbox"/> その他(在宅復帰調整)							
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 介護保険施設( ) <input type="checkbox"/> その他:							
自宅の状況	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 共同住宅(アパート・マンションなど) 寝室: <input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> 3階以上							
同居家族	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子: 人、 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 婿 <input type="checkbox"/> 孫 人、 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 無(独居)							
入院希望日	<input type="checkbox"/> 20 年 月頃、 <input type="checkbox"/> できるだけ早く							