

FAX 岩手病院 神経難病入院申込み用紙

入院の可否、および入院予定日は検討の上、後日、電話などでご連絡申し上げます。

宛先：独立行政法人 国立病院機構 岩手病院 FAX 0191-25-2429 (連携室直通)

下記項目の適合するものにレ点をつけ、**下線に記入**し、**診療情報提供書**と合わせてFAXにて申し込んでください。

R8.5 更新

申込み年月日：令和____年____月____日 施設名：_____ 診療科：_____ 連絡先：TEL：_____ _____ (内線) _____ 病棟 担当 FAX：_____	患者情報 氏名：_____ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 受診歴： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年齢：_____ 生年月日： <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S 年 月 日 住所：_____
---	---

入院目的

精査 加療 予防接種希望 (種類 インフルエンザ 新型コロナ その他)

長期療養 (在宅療養・施設入所が困難な理由：_____)

レパト (希望入院期間：令和____年____月____日 AM ~ 令和____年____月____日 時 退院)

病名：PD (Yahr____) PSP CBD MSA SCD ALS

その他 (_____)

発症：____年____月____日

手術：無 有 (施行年月日：____年____月____日)

現在の状態

身長：_____	cm
体重：_____	kg

意識障害：無 有 (3-3-9度方式にて)：(_____)

麻痺：無 有 (右 左 両側 / 軽度 中等度 重度)

運動失調：無 有

認知症：無 有 (軽度 中等度 重度) → MMSE：_____/30

発語・意志疎通：正常 やや低下 困難 非常に困難 不能

コミュニケーション方法：(_____)

精神症状：無 有 (不穏 昼夜逆転 暴力 徘徊 その他_____)

排泄：自立 部分介助 全介助 (トイレ ポータブル 尿器 オムツ 留置カテーテル)

食事：自立 部分介助 全介助 経鼻経管栄養 胃ろう CV

食形態【主食】：米飯 粥 ペースト【副食】：常食 軟菜 きざみ ペースト

起き上がり：自立 部分介助 全介助 車椅子への移乗：自立 部分介助 全介助

移動方法：自力 見守り 車椅子 (自立 部分介助 全介助) ストレッチャー

褥創：無 有 (軽度 中等度 重度 部位：_____)

M R S A：不明 未検 検査したが検出せず 保菌

呼吸の問題：無 有 (喀痰あり 肺炎あり 酸素吸入 気管切開 人工呼吸器)

今後の気管切開に関する方針 (希望する 希望しない 未定)

今後の人工呼吸器装着に関する方針 (希望する 希望しない 未定)

病名の告知：無 有 (本人 家族)

福祉制度

介護保険 (要介護____ 事業所名：_____ 担当ケアマネ：_____)

身体障害者手帳 (部位：_____ 級：____) 難病医療費助成：無 有 (病名：_____)

予定退院先

自宅 療養型病院 老人保健施設 特別養護老人ホーム その他 (_____)

記入者 (主治医 病棟Ns MSW その他_____)