

FAX 岩手病院入院申込み用紙

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。

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

リハビリ科(連携パス適応 あり なし) 神経内科 外科 その他()

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。

申込み年月日：令和 年 月 日	入院希望日：令和 年 月 日
施設名： _____	患者情報
診療科： _____	氏名： _____ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
主治医： _____	受診歴： _____
連絡先：TEL： _____ (内線 _____)	年齢： _____ 歳 生年月日： <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S 年 月 日
_____ 病棟 担当	住所： _____
FAX： _____	かかりつけ医： _____

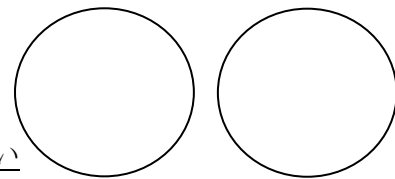
病名：脳梗塞 脳出血 くも膜下出血

脳挫傷 大腿骨骨折 その他()

発症： _____ 年 月 日

部位： _____ CT MRIの状態を書き込んで下さい

手術：無 有(施行年月日： _____ 年 月 日)



(画像)

現在の状態

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

失語：無 有(運動失語 感覚失語 その他 / 軽度 中等度 重度)

構音障害：無 有

認知症：無 有(軽度 中等度 重度) → MMSE： _____ / 30

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

歩行以外の移乗：車椅子(自立 部分介助 全介助) ストレッチャー

歩行：自立 見守り 介助 不可

褥創：無 有(軽度 中等度 重度 部位： _____)

呼吸：無 有(喀痰あり 肺炎あり 酸素吸入 気管切開 人工呼吸器)

M R S A：不明 未検 検査したが検出せず 保菌

合併症・リハ阻害因子

高血圧：無 有 糖尿病：無 有 高脂血症：無 有 腎不全：無 有

心房細動：無 有 心不全：無 有 心筋梗塞：無 有 狭心症：無 有

その他：(_____)

骨関節疾患：無 有(_____) リハ阻害因子：無 有(_____)

リハ終了後の予定退院先

検討中 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)