**NTT東日本伊豆病院入院申込書**

**（　内科・地域包括ケア・リハビリテーション精神科・回復期リハビリテーション　）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 生年月日　　　明・大・昭・平・令　　　年　　　月　　　日（　　歳） | 　男・女 |
| 患者氏名 |  |
| 現住所 | （〒　　　　　）電話番号　　　　（　　　　　） |
|  | 住所（〒　　　　　）氏名　　　　　　　　　　　　（ご関係　　　　　）　電話番号　　　　（　　　　　） |
| 患者職業 |  | 退院見込先 | 自宅・その他（　　　　　　　　） |
| 住居の状況 | 居室：1階・2階・　　階家屋改造：未・済（　　　　　　　） |
| 病室希望 | 　個室・4人部屋・どちらでもよい |
| （主介護者○）家族構成 | 続柄 | 年齢 | 職業 | 健康状態 | 同別居 | 続柄 | 年齢 | 職業 | 健康状態 | 同別居 |
|  |  |  | 良・ | 同・別 |  |  |  | 良・ | 同・別 |
|  |  |  | 良・ | 同・別 |  |  |  | 良・ | 同・別 |
|  |  |  | 良・ | 同・別 |  |  |  | 良・ | 同・別 |

**日常生活動作**　現在の状況について該当する方に○をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　状　　況 | 参　考　基　準 |
| 食事 | 　要介助　・　自立　食事の種類（常食・粥食・　　　　　　　）経管栄養 （無・有） | 配膳等の準備は含まない経管栄養は要介助とする |
| 排泄 | 　要介助　・　自立留置ｶﾃｰﾃﾙ（無・有） | 移乗は含まない。留置ｶﾃｰﾃﾙは要介助とする。 |
| 更衣 | 　要介助　・　自立 | パジャマ程度の更衣が可能かどうか |
| 整容 | 　要介助　・　自立 | 歯磨き、洗面、ひげ剃りなど |
| 入浴 | 　要介助　・　自立 | 清拭は要介助とみなす |
| ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ | 　要介助　・　自立 | 基本的な意思の疎通が可能かどうか |
| 寝返り | 　要介助　・　自立 | 柵を使用してもよい |
| 起き上がり | 　要介助　・　自立 | 柵を使用してもよい |
| 座位保持 | 　要介助　・　自立 | 柵につかまっていてもよい |
| 移乗 | 　要介助　・　自立 | ベッドと車椅子の乗り移りが可能かどうか |
| 移動 | 　要介助　・　自立移動手段（歩行・車椅子・　　　　　　） | 病棟内の移動が可能かどうか |
| 身長 | 　　　　　　　　　ｃｍ | 体重 | 　　　　　　　　　ｋｇ |
| MRI検査 | 体内金属あり（金属名：　　　　　　　　）　　　体内金属なし |
| 可　・　不可　・　条件付可　・　不明 |

（注）「ＮＴＴ東日本伊豆病院　地域医療連携ｾﾝﾀ入院担当」宛にご送付下さい。**(Ⅰ、Ⅱ-1、Ⅱ-2で３枚です)**

　　　　　　　〒419-0193　静岡県田方郡函南町平井750　ＮＴＴ東日本伊豆病院　地域医療連携センタ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話　055-978-2322　FAX　055-979-3098

（当院での記載欄）

* ＦＡＸ送信される場合は、必ず到着の確認をお願いいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付番号 |  | 受　　付 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ＩＤ番号 |  | 保険区分 | ＮＴＴ・社保・国保・労災・自費・老 |
| 入院判定 |  |  |  |  |  |
| 病　　棟 | ４－Ａ・４－Ｂ・３－Ａ・３－Ｂ | 主治医 |  |

**医師の意見書（診療情報提供書）(Ⅱ)-1**

|  |  |
| --- | --- |
| 傷病名 | 発症日　　　　　年　　　月　　　日 |
| 手術名 | 手術日　　　　　年　　　月　　　日 |
| 既往症・合併症 | 感染症MRSA（＋・－）検出部位（　　　）HBS抗原（＋・－）梅毒（＋・－）HCV抗体（＋・－）疥癬（＋・－） |
| 発症前のADL・症状経過及び治療経過 |
| 障害などの状況 |
| （身体図柄を斜線にて表示下さい）・麻痺（ 左・右 ）　　　　・麻痺の程度　上肢　（軽度・中等度・重度）　下肢　（軽度・中等度・重度）　失調症（軽度・中等度・重度）人体図 | ・意識障害　　（無・有　　　　　　　　　）・高次脳機能障害　失語　　　（無・有）　失行　　　（無・有）　失認　　　（無・有）　注意障害　（無・有）・精神心理機能　せん妄　　（無・有）　認知症　　（無・有）HDS-R 点　発動性低下（無・有）　抑制の欠如（無・有）　身体拘束　（無・有）・気管切開　（無・有）・褥瘡　　　（無・有：部位　　　　　　　　）　　　　　　縦　　　　　　横　　　　　深さ　　大きさ（　　　　×　　　　×　　　　　）・失禁　　　　（無・有） |
| 現在の処方※必ず記載をお願い致します。 |

**医師の意見書（診療情報提供書）(Ⅱ)-２**

**１．既往歴等**※①～⑦は必ず記載をお願い致します。

①入院歴( 無・有：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )

②手術歴( 無・有：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )

③合併症( 無・有：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )

④飲酒歴( 　　 　　/日×　　 年)、⑤喫煙歴(　　　　本／日×　　　年)

**２．血液検査**（　　月　　日）※全項目必ず記載をお願い致します(検査データのコピーでも可能です)

(TP　　 g/dl)、(Alb 　 　g/dl)、(T.Bil 　 　mg/dl)、(AST 　 　U/L)、(ALT 　U/L)、

(BUN 　 　mg/dl)、(Cr 　 　mg/dl)、(Na 　 　mEq/L)、(K 　　 mEq/L)、

(CL　　 mEq/L)、(T.Cho　 　 mg/dl)、(Glu　 　 mg/dl)、(WBC　 　 /μl)、

(Hb 　　g/dl)、(CRP 　 　mg/dl)

⑥胸部レントゲン　異常所見( 無・有 : 所見 　　 　）

⑦心電図　異常所見( 無・有 : 所見 　　 　　　 　）

⑧高血圧症　（ 無・有 ）　※⑧～⑩で、有の疾患については各項目必ず記載をお願い致します。

最近の血圧（ 月　 日 　時頃：　 　／　 　）（　 月　 日　 時頃：　 ／　 ）

⑨高脂血症　（ 無・有 ）　TG 　 mg/dl、HDL-C　 mg/dl、LDL-C　 mg/dl

⑩糖尿病　　（ 無・有 ）　最近の血糖値（朝食前－昼食前－夕食前－眠前）

（　　　月　　　日　　　　　－　　　　－　　　　－　　　）

(HbA1c　　　 ％)、(24hrs Ccr　　　　　L/day)、(尿中Ｃペプチド　　　　　μg/day)

(尿中アルブミン　　　　　　　 mg/day)※単位が異なる場合は訂正して下さい。

・眼底所見　　異常なし・所見あり（　　 　　 　　　　　）

・神経障害　（ 無・有 ）

⑪頚動脈エコー所見（脳血管障害あるいは⑧～⑩があれば記載をお願い致します）

（　 ）

⑫心エコー所見（心疾患あるいは⑧～⑩があれば記載をお願い致します）

（　 ）

⑬腹部エコー所見(HBS抗原あるいはHCV抗体陽性、肝胆道系酵素高値の場合ご記入をお願い致します)

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※この申込書を御記入の後、当院へ転院までの間に処方に変更があれば、必ず転院時の御紹介状に記載をお願い致します。

※この申込書を拝見させて頂き、転院時に検査（特に画像）の貸し出しまたはコピーをお願いすることがございます。

**貴医療機関の名称及び所在地**

（〒　　 - 　　）

ご担当診療科

ご担当医師氏名

電話　　　　　　　　　　　　　Fax