

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)

ふりがな			生年月日	明・大・昭・平・令					男・女	
患者氏名			年	月	日 (歳)					
現住所	(〒)									
	電話番号 ()									
緊急連絡先	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 ()					
病室希望	個室・4人部屋・どちらでもよい			住居の状況	居室：1階・2階・ 階 家屋改造：未・済 ()					
家族構成 (主介護者○)	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	c m	体 重	k g
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ー入院担当」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ー

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	
<ul style="list-style-type: none"> ・麻痺（左・右） （身体図柄を斜線にて表示下さい） ・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） <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 20px;"> </div>	<ul style="list-style-type: none"> ・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 _____/μ)、
(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頸動脈エコー所見(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