**NTT東日本伊豆病院入院申込書（Ⅰ）**

**（　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　　　　　　（　　　　　　） | | | | | | | | | |
|  | | （〒　 　　　 　　　　）  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 ・ | 同居・ 別居 |  |  |  | 良 ・ | 同居・ 別居 | |
|  |  |  | 良 ・ | 同居・ 別居 |  |  |  | 良 ・ | 同居・ 別居 | |
|  |  |  | 良 ・ | 同居・ 別居 |  |  |  | 良 ・ | 同居・ 別居 | |
| NTT東日本伊豆病院への受診歴 | | | | 有　　・　　無　　・　　不明　　　　※有の場合　（診察券No.　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |

**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 | | |
| MRI検査 | 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」宛に郵送またはFAXにてご送付ください。**

**※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。**

**(様式Ⅱ-1、Ⅱ-2は貴院のフォーマットでも差し支えありません。)**

　〒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

（当院での記載欄）　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　055-978-2322　FAX　055-979-3098

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付番号 |  | 受　　付 | 年　　　　　　　　　　月　　　　　　　　　　日 |
| ＩＤ番号 |  | 保険区分 | 社保 ・　国保　・ 労災 ・ 生保 ・ (　　　　　　　　　　　　　) |
| 入院歴 |  | 受診歴 |  |

**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（　　　 　　　）  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ください）  ・麻痺 （　右　・　左　）  ・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※必ず記載をお願いいたします。 | | |

**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いたします。

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いたします。 (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いたします。

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ください。

・眼底所見　( 無　・　有　 : 所見 　 　　 　　　 　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　 　　 　）

・神経障害　( 無　・　有　 : 所見　 　　 　　　 　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　 　　 　）

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いたします）

（　 　 　　　　　　　　　　　 ）

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いたします）

（　 　 　　　　　　　　　　　 　　）

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記載をお願いいたします)

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 ）

**※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、必ず転院時の紹介状に記載をお願いいたします。**

**※この申込書を確認させていただき、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