

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)

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	(〒)					
	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		
病室希望	個室 ・ 4 人部屋 ・ どちらでもよい			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	
				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
M R I 検 査	体内金属あり (金属名：)	体内金属なし	
M R I 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ー入院担当」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ー

(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
I D 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	
<p>・麻痺（右・左） （身体図柄を斜線にて表示ください）</p> <p>・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）</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 20px;"> </div>	<p>・意識障害（無・有）</p> <p>・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）</p> <p>・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）</p> <p>・気管切開（無・有）</p> <p>・褥瘡（無・有：部位 _____） 縦 _____ 横 _____ 深さ _____ 大きさ（ _____ × _____ × _____ ）</p> <p>・失禁（無・有）</p>
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 _____ / μ l)、
(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－眼前）

（ _____ 月 _____ 日 - _____ - _____ - _____ ）

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