

# 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				男 ・ 女	
患者氏名						明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令					
						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
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	
<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 \_\_\_\_\_ / $\mu$ 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 \_\_\_\_\_  $\mu$ 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