

# NTT 東日本伊豆病院入院申込書（内科・地域包括・精神科・回復期リハ）

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	
				良・	同・別	良・
				良・	同・別	良・
				良・	同・別	良・

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		


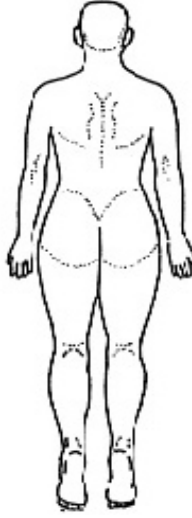
(注)「NTT東日本伊豆病院 地域医療連携室入院担当」宛にご送付下さい。(I、II-1、II-2で3枚です)

〒419-0193 静岡県田方郡函南町平井 750 NTT東日本伊豆病院 地域医療連携室  
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	
<p>・麻痺（左・右） <span style="display:inline-block; width:20px; height:10px; background-color:gray; border:1px solid black;"></span> （身体図柄を斜線にて表示下さい）</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;">   </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 \_\_\_\_\_ / $\mu$ 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(朝食前一昼食前一夕食前一眠前) ( 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