

平成 年 月 日

②入院患者依頼書

連絡先: 柿添病院 地域医療連携室
 F A X : 0950-23-3103(直通)
 T E L : 0950-23-2151(代)
 〒859-5152 平戸市鏡川町278
 E-mail : renkei@kakizoehospital.or.jp

病院・施設名	(病棟名:)			記載者:
ふりがな 患者名	男 女	生年月日	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日	
患者住所 電話番号	TEL			
診断名	主病名		副病名	
主病名の発症日	年 月 日	手術日	年 月 日	
現病歴				
希望病棟	一般病棟 医療療養病棟 どちらでもよい			
個室希望	希望する・希望しない・どちらでも構わない・不明			
保証人	様(続柄)			
ADL評価(※の項目はできる限りご記入ください)				
発症前のADL	自立・介助・寝たきり・不明			
日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
認知症高齢者の 日常生活自立度	なし・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V			
※問題行動	なし・ベッド柵外し・立ち上がり・徘徊・チューブ抜去・大声・せん妄・暴言 その他()			
※危険防止	なし・ミトン・センサー・マット対応・不明			
運動麻痺	なし・右片麻痺・左片麻痺・対麻痺・四肢麻痺・廃用性筋力低下・不明			
※活動度	独歩・介助歩行・車イス自立・車イス介助・ベッドorストレッチャー			
嚥下障害	なし・あり(食事可能)・あり(食事不可)・不明			
※食事	自立・半介助・全介助・胃瘻・経鼻経管・TPN・末梢静脈輸液 特食の種類()			
※排泄	トイレ(自立・介助)・Pトイレ(自立・介助)・尿器・おむつ・バルン・ストマ			
看護必要度 A項目	褥瘡(なし・あり 1度・2度・3度・4度・不明) 創傷処置(なし・あり) その他()			
※感染症	なし・あり(感染症の種類)・鼻腔・喀痰・尿・創部 キャリア・その他()			
その他				
患者情報				
家族構成	独居・夫婦のみ・家族と同居・不明			
キーパーソン	() 続柄() ※保証人と異なる場合ご記入ください			
支払い状況	良好・やや難あり・困難・分割・不明			
在宅療養受入	良好・やや難あり・不可・不明			
介護保険	無・新規申請中・要支援()・要介護()・変更申請中 担当居宅()・担当ケアマネ()			
備考				