

申込施設名	TEL: - - FAX: - -	記載者名	
氏名:	様	生年月日:	年 月 日 歳
住所: 〒			
TEL: - -	携帯: - -	学区: 区	
当院受診	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	当院受診履歴	年 月 頃
キーパーソン:	様 (続柄:)	連絡先: - -	
その他受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医院 病院等 先生	
* 保険情報 ⇒ <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保		* 介護保険 ⇒ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区変中	
<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保		<input type="checkbox"/> 要支 1・2 <input type="checkbox"/> 要介 1・2・3・4・5	
その他保険:		担当CM:	事業所名:
生保の方:	福祉事務所	担当CW:	認定 期間 年 月 日 ~ 年 月 日
部屋希望	<input type="checkbox"/> 個室 (12600円) <input type="checkbox"/> 2人部屋 (3~4000円) <input type="checkbox"/> 大部屋		
病名			
既往歴			
身長・体重	<input type="checkbox"/> 身長: cm	<input type="checkbox"/> 体重: kg	
障害高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
リハビリ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	感染症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
周辺症状	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	褥瘡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
周辺症状 対応	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療処置	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
医 療 処 置 内 容			
<input type="checkbox"/> 気管切開:		<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 (嘔吐 ⇒ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器:		<input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> PICC	
<input type="checkbox"/> 酸素 (経鼻 ・ マスク ・ リザーバー) (L)		<input type="checkbox"/> 人工肛門:	
<input type="checkbox"/> 吸引 (回数 /日)		<input type="checkbox"/> インスリン:	
<input type="checkbox"/> バルンカテーテル (F r)		<input type="checkbox"/> その他 ()	
食事	<input type="checkbox"/> 普通食 ⇒ <input type="checkbox"/> 治療食 ⇒ kcal <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> その他 ()		
【急変時対応】			
<input type="checkbox"/> DNAR同意 (<input type="checkbox"/> CPR希望の場合) (本人様のご意向を伺える場合はご本人に意思をご確認ください)			
* 退院後の予定 ⇒ <input type="checkbox"/> 在宅 (自宅 ・ 施設) <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未定			
* 原田病院 地域連携室 TEL: 075-551-5668 FAX: 075-525-2621			