

東京慈恵会医科大学附属第三病院リハビリテーション科 入院申し込み書

ふりがな 患者氏名	男 女		生年月日 大・昭・平	年	月	日	歳
自宅住所	東京都		電話番号 ()		-		
現在の 状況	<input type="checkbox"/> 入院中	→	入院先病院名	電話番号 ()		-	
	<input type="checkbox"/> 自宅生活	<input type="checkbox"/> その他	→				
保険 区分	国保(本・家) 社保(本・家) 生保 労災 高齢者医療 その他()						
主な入院 目的	<input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> TMS		<input type="checkbox"/> 嚥下リハ		<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害リハ		
リハビリテーション終了後の退院先	<input type="checkbox"/> 自宅(同居・一人暮らし) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未定		キーパーソン		連絡先 ()		
			氏名		続柄()		
診断名	<input type="checkbox"/> 脳梗塞(脳血栓、脳塞栓) <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 頭部外傷(脳挫傷、びまん性軸索損傷含む) <input type="checkbox"/> 低酸素脳症 <input type="checkbox"/> 神経筋疾患 () <input type="checkbox"/> 整形外科疾患 () <input type="checkbox"/> その他 ()						
発症日	平成	年	月	日			

現在の状態

医療処置	褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	部位→ ()				
	気管切開	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	酸素吸入	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	喀痰吸引	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	耐性菌(MRSA、ESBL、VRE等)	<input type="checkbox"/> 未検 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	→ 部位()				
	感染症	HBs抗原(+-)	HCV(+-)	ワ氏(+-)			
	栄養摂取	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう	<input type="checkbox"/> IVH			
	問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	→	<input type="checkbox"/> 大声	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 暴言	<input type="checkbox"/> 暴力
運動障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 片麻痺(右・左)	<input type="checkbox"/> 四肢麻痺	<input type="checkbox"/> 対麻痺	<input type="checkbox"/> 単麻痺	<input type="checkbox"/> 失調		
嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 注意障害		<input type="checkbox"/> 遂行機能障害	<input type="checkbox"/> 記憶障害	<input type="checkbox"/> 失語症		
	<input type="checkbox"/> 半側空間無視		<input type="checkbox"/> 地誌的失認	<input type="checkbox"/> 脱抑制症状 ()			
	<input type="checkbox"/> 自発性低下(意欲低下)						
ADL	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル)				
	移動	歩行		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不可能			
		車いす駆動		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 不可能			
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育)		<input type="checkbox"/> 申請中			
介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(<input type="checkbox"/> 要支援 1, 2 <input type="checkbox"/> 要介護 1, 2, 3, 4, 5)		<input type="checkbox"/> 申請中			

備考	記載日時	平成	年	月	日
	記載者氏名	職種			

ご了承いただきたいこと

* リハビリテーション専門病棟(1C病棟)に個室はございません。

* MRSA, ESBL等の感染症がある場合、入院をお断りすることがあります。

● FAX: 03-3430-3611(医療連携室 9時~16時)