国際医療福祉大学熱海病院　入院申込書

患者氏名		（男 ・ 女）	M･T･S･H　年　月　日 （　歳）
家族状況	□ 独居　□ 同居者あり（　） キーパーソン:　続柄（　）　ご連絡先:		
家屋状況	□ 戸建　□ 集合住宅(EV無 ・ EV有)　□ 老健　□ 特養　□ 他施設 □ 住宅改修　可 ・ 済（　）・ 検討中 ・ 改修は出来ない		
退院先	□ 自宅　□ 老健　□ 特養　□ 他施設　□ 療養型　□ その他（　）		
医療保険	□ 国保　□ 社保　□ 労災　□ 後期高齢者医療　□ 生活保護　□ その他（　） 限度額適用認定証　有 ・ 無　区分（　）		
介護保険	無 ・ 申請中 ・ 有 （ 要支援 1　2　要介護 1　2　3　4　5 ） 居宅介護支援事業所:　ケアマネジャー:		
障害者認定	無 ・ 有　（障害名:　等級:　）		
本人の希望または家族の希望			

日常生活動作（　年　月　日現在）

意識	せん妄 □ あり □ なし　認知症 □ あり　HDS-R（　点） □ なし
意識レベル	□ 清明　□ JCS:
高次脳機能障害	□ あり □ 失語 □ 失認 □ 失行 □ 注意障害 □ その他（　） □ なし
寝返り	□ 自立 □ 柵使用にて自己にて可 □ 軽介助 □ 中等度介助 □ 全介助
起き上がり	□ 自立 □ 柵使用にて自己にて可 □ 軽介助 □ 中等度介助 □ 全介助
立位	□ 自立 □ 柵使用にて自己にて可 □ 軽介助 □ 中等度介助 □ 全介助
座位保持	□ 自立 □ 背もたれがあれば可 □ 中等度介助 □ 全介助
移乗	□ 自立 □ 手すり使用にて可 □ 軽介助 □ 中等度介助 □ 全介助
移動方法	□ 独歩 □ 杖 □ 歩行器(種類:　) □ 車椅子
口腔ケア	□ 自立 □ 声かけにて可 □ 全介助
食事摂取	□ 自立 □ 軽介助 □ 全介助
食形態	□ 米飯 □ 全粥 □ 分粥 □ ミキサー □ 経管 □ 常食 □ 一口大 □ キザミ □ ミキサー □ 重湯
水分	□ とろみなし □ とろみあり
更衣	□ 自立 □ 軽介助 □ 中等度介助 □ 全介助
入浴	□ 自立 □ 軽介助 □ 中等度介助 □ 機械浴 □ 清拭
排泄	□ 自立 □ 軽介助 □ 中等度介助 □ 全介助 □ ポータブル □ 軽介助 □ 中等度介助 □ 全介助 □ 尿器 □ オムツ □ バルーンカテーテル □ ストマ □ その他（　）
意思表示	□できる □ できる時とできない時あり □ できない
指示が通じる	□できる □ できる時とできない時あり □ できない
ナースコール	□ 押せる □ 押せない
危険行動	□ あり □ なし
抑制	□ あり（　） □ なし

記入者　（職種:　）

国際医療福祉大学熱海病院　地域医療連携室
電話　0557-81-9171　FAX　0557-81-7553