

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	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居者あり() キーパーソン: 続柄() ご連絡先:			
家屋状況	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(EV無・EV有) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 他施設 <input type="checkbox"/> 住宅改修 可・済() ・ 検討中 ・ 改修は出来ない			
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 他施設 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> その他()			
医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		認知症 <input type="checkbox"/> あり	HDS-R(点) <input type="checkbox"/> なし
意識レベル	<input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> JCS:			
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし			
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 柵使用にて自己にて可	<input type="checkbox"/> 軽介助	<input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 全介助
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 柵使用にて自己にて可	<input type="checkbox"/> 軽介助	<input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 全介助
立位	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 柵使用にて自己にて可	<input type="checkbox"/> 軽介助	<input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 全介助
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 背もたれがあれば可	<input type="checkbox"/> 中等度介助	<input type="checkbox"/> 全介助
移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 手すり使用にて可	<input type="checkbox"/> 軽介助	<input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 全介助
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器(種類:)	<input type="checkbox"/> 車椅子	
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声かけにて可	<input type="checkbox"/> 全介助	
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
食形態	<input type="checkbox"/> 米飯	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> 分粥	<input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管
	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> キザミ	<input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 重湯
水分	<input type="checkbox"/> とろみなし <input type="checkbox"/> とろみあり			
更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽介助	<input type="checkbox"/> 中等度介助	<input type="checkbox"/> 全介助
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽介助	<input type="checkbox"/> 中等度介助	<input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭
排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽介助	<input type="checkbox"/> 中等度介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> 軽介助	<input type="checkbox"/> 中等度介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル	<input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> その他()
意思表示	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できる時とできない時あり	<input type="checkbox"/> できない	
指示が通じる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できる時とできない時あり	<input type="checkbox"/> できない	
ナースコール	<input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない			
危険行動	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
抑制	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし			

記入者 (職種:)