

# 入院予約情報用紙Ver.4

FAX:095-821-1187  
長崎リハビリテーション病院  
TEL:095-818-2002

紹介病院名:

主治医名:

(連絡担当者名:

職種:  Dr  Ns  OMSW)

連絡TEL:

入院予約日: 年 月 日

患者(イニシャル):	年齢:		
診断:	入院日: 年 月 日	転院可能日: 年 月 日	
発症日: 年 月 日			

慢性疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病 ( <input type="checkbox"/> インスリン )	<input type="checkbox"/> 慢性心不全	<input type="checkbox"/> 変形性関節症(部位: )
	<input type="checkbox"/> 心房細動	<input type="checkbox"/> 膠原病(RA、SLE、 )	
	<input type="checkbox"/> 慢性腎不全	<input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> 癌( ), <input type="checkbox"/> その他

特殊薬剤	<input type="checkbox"/> 内服抗癌剤 (薬剤名: )、 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤(薬剤名: <input type="checkbox"/> ステロイド、 <input type="checkbox"/> )
------	---

現病歴	
-----	--

現症、( 月 日現在)

意識 <input type="radio"/> 清明 <input type="radio"/> 遷延性意識障害 <input type="radio"/> その他	JCS	GCS
<input type="checkbox"/> 脳神経症状( ) <input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 両片麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> パーキンソニズム <input type="checkbox"/> 小脳失調 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 感覚障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他の高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 膀胱直腸障害 <input type="checkbox"/> その他		

合併症	<input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> けいれん発作	<input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 消化管出血	<input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> その他( )
-----	---	---	---

食事内容	<input type="checkbox"/> 常食 アレルギー・嗜好など注意点( ) <input type="checkbox"/> 制限食 ( Cal、塩分 g、蛋白 g、脂質 g) <input type="checkbox"/> 嚥下訓練食(訓練食の形態: ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経口、 <input type="checkbox"/> 経鼻、 <input type="checkbox"/> 胃瘻 → 開始日( 年 月 日 ) (経管栄養の内容: ) 栄養状態 <input type="radio"/> 良好 <input type="radio"/> 不良
------	--

特別な医療	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 褥創処置 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 頻回喀痰吸引 <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 間歇導尿 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他
-------	--

排便	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> トイレ
----	---

排尿	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> トイレ ・尿失禁: <input type="radio"/> 頻回あり <input type="radio"/> 時々あり <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 頻尿: <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
----	---

問題行動	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行動 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> その他
------	--

身体拘束	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
------	---

入院前 要介護度	<input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
-------------	---

独居同居	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居あり <input type="checkbox"/> 配偶者あり <input type="checkbox"/> 配偶者なし キーパーソン名: 続柄
------	---

希望病室	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 特室 <input type="checkbox"/> 4人床 <input type="checkbox"/> どちらでも良い エアマット必要性 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
------	---

コメント	
------	--