

# 入院相談申込書

栃木県大田原市紫塚3-2633-12  
**だいなリハビリクリニック** 電話 **0287-20-3102**

FAX **0287-20-3103**

当院では、病気やケガの急性期の治療を終えて、体調が安定され、自宅退院を希望されている患者さまのリハビリ入院をお受けしています。

患者さまが入院中の場合は、患者さまの生活状況についてお話いただけるご家族の方にご相談においでいただいております。

すでに退院されている場合は、ご本人さまの受診をお願いいたします。

入院相談には、**この用紙** と、**診療情報提供書(紹介状)** をお持ちください。

(ご本人・ご家族さま記入欄を記入したのち、病棟の看護師さまへお渡してください)

入院相談は【 月・水・金 の 午前 9:00~11:45 】に お受けしています。

<b>相談希望日:</b> 月            日 (    ) ★前もってご連絡願います。					
ご本人・ご家族さま ご記入ください	ふりがな	生年月日			性別
	患者さま氏名	明治    大正                    年   月   日	昭和    平成	歳	男 女
	ご住所	〒 電話 (            )	(元)職業	身長 cm	体重 kg
	連絡先	※確実に連絡を取れる方の連絡先をお願いします。 氏名 電話 (            )			続柄
	病気に対してどのような説明を受けていますか				
	リハビリテーションに対してのご希望				
	退院先の予定	自宅	施設等(                    )	未定	
	病室のご希望	<input type="checkbox"/> 個室(トイレ洗面台あり¥5000+税)2床 <input type="checkbox"/> 個室(¥2000+税)1床 <input type="checkbox"/> 4人部屋 16床 <small>※4人部屋は満床のことが多く、空床ができた場合には個室入院中の方を優先的にご案内しています。</small>			
	障害者手帳	なし	ある(            級    障害名		
	介護保険	なし	申請中	これから申請する	制度について説明希望
ある		(要支援 1 2    要介護 1 2 3 4 5 )			
ケアマネージャー		事業所	氏名 電話 (            )		

※2枚目に、看護師さまに記入をお願いする欄があります。

(2枚中の1枚目)

# 入院相談申込書(続き)

だいなりハビリクリニック

栃木県大田原市紫塚3-2633-12

電話 0287-20-3102

ご担当 看護師さま

FAX 0287-20-3103

貴院に入院中の患者さまが、当院へのリハビリ入院をご希望です。お忙しいところ大変恐縮ですが、下記事項について患者さまの情報のご提供をお願いいたします。  
(診療情報提供書に同封願います。)

患者さま 氏名		さま	
0	急性期治療	終了(いつでも転院可) ほぼ終了( 月 日頃には転院可と見込まれる	
1	食事	できる(箸・スプーン) 介助 経管栄養(胃ろう 経鼻) TPN	
	特別食	なし あり ( ) 制限等指示	
	食形態 特記事項	(例:ミキサー食・キザミ食等)	
2	寝返り	できる 介助 できない	
3	立ち上がり	できる 介助 できない	
4	座位保持	できる 介助 できない	
5	車椅子移乗	できる 介助 できない	
6	歩行	できる(杖・補装具: 介助 できない	
7	排泄	できる(トイレ・ポータブルトイレ) 介助 留置カテーテル おむつ ストマ	
	尿失禁	なし たまにある ある 1日 回	
	便失禁	なし たまにある ある 1日 回	
8	認知症	なし ある(軽度 中等度 重度) 家族監視 なし ある	
	中核・周辺症状		
9	褥瘡	なし ある(部位 大きさ × cm	
10	視力	問題なし 障害あり(どの程度	
11	聴力	問題なし 障害あり(どの程度	
12	言語	問題なし 障害あり(どの程度	
13	精神	問題なし 障害あり(どの程度	
14	呼吸機能	問題なし 酸素吸入:(体動時 L/m 常時 L/m 気管切開状態:(カテーテル: カフ付・吸引有・( )重管・人工鼻 在宅酸素(HOT) なし あり L/m 業者(	
15	感染症	なし ある MRSA(部位 ) HCV HB 他 感染症対応	
16	入院中他科診療	なし ある(疾患・科 他院(	
17	上記のほかに、特に留意すべき点がありましたらお知らせください。		
記入日:		年 月 日	医療機関: ご担当:

ご担当 看護師さま ご確認・ご記入をお願いします。