

第一なるみ病院入院受け入れチェックシート

受け入れの参考にさせていただきますので、情報提供書(紹介状)と一緒にFAXして下さい。

※必ず下記の項目全てに記入、チェックして下さいますよう、ご協力をお願い致します。

患者氏名	様 ()才 男 ・ 女 身長()cm・体重()kg <small>(身長・体重は、わかる範囲でお願いします)</small>				
日常生活自立度	J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2				
痴呆性老人の日常生活自立度判定基準	I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M				
介護保険	新規申請中 ・ 区分変更中 ・ 認定有(要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)				
問題行動	徘徊(有 ・ 無) 奇声(有 ・ 無) 入院中の転倒歴(有 ・ 無) ※対策【 】				
食事	自立・一部介助・全介助 【食事内容・形態・制限 等】				
排泄方法	トイレ・ポータブル・Ba・オムツ・リハビリパンツ 自立・一部介助・全介助 【失禁 有 ・ 無】				
医療処置	ED 有 ・ 無	胃瘻 有 ・ 無	CV 有 ・ 無	気管切開 有 ・ 無	O ₂ 有(0)・無
感染症	MRSA 有 ・ 無 ・ 未検 検出部位 () 最終検査日 月 日				
	その他 () 有 ・ 無 ・ 未検 検出部位 () 最終検査日 月 日				
褥瘡	OHS【 】点	なし ・ あり 部位【仙骨部・臀部・()大転子部・()腸骨部・坐骨部・その他】 DESIGN【 】			
他医(院)受診予定	転院後の必要性 有 ・ 無	【 病院】 診療科 科 月 日			
		【 病院】 診療科 科 月 日			
貴院で算定している疾患別リハビリテーション料					
1、心大血管疾患リハビリテーション 2、呼吸器リハビリテーション 3、運動器リハビリテーション 4、脳血管疾患リハビリテーション 5、廃用症候群(「廃用症候群に係る評価表」の添付。) 6、なし					
その他個別の特記事項 等 ※整形疾患の場合、荷重スケジュールや抜糸予定日をご記入ください。					

記入日 平成 年 月 日 病院名 _____ 記入者名 _____