

# 入院申込書

平成 年 月 日

病院名

住所・電話

診療科名

医師名

※病名、発症日、現病歴、合併症、既往歴、感染、投薬など詳細は、貴院所定の診療情報提供書に記載してください

フリガナ		性別	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日(歳)
患者氏名		男・女					
住所	〒			電話			
職業				当院受診歴	【有 無】		
希望病床	差額なし 2人部屋 個室 特別室 (特別室入室後は他病室には移動できません)						

看護上の問題点

転倒歴【有 無】 行動制限【体幹 一部 無】

※該当するものを○で囲みます。 ★重複回答可★

精神 【問題なし 混乱 抑制必要 夜間不穏 意欲低下 昏睡に近い状態 うつ傾向】

認知・記憶 【問題なし 軽度認知低下 記憶障害あり 徘徊の危険性あり】

コミュニケーション 【話す：可能 やや困難 不可】 【聞く：可能 やや困難 不可】

ナースコール 【押せる あいまい 押せない】

呼吸 【問題なし 気切中 時々吸引 酸素使用中 人工呼吸器】

嚥下 【経口 経鼻 PEG IVH その他】

排尿 【尿意：有・無】 【失禁：有・無】

排便 【便意：有・無】 【失禁：有・無】

排泄動作 【自立 半介助 全介助】 【トイレ ポータブル おむつ 尿器 留置カテーテル】

褥瘡 【有 無】 有の場合：部位・大きさ（ ）

### 看護必要度B(日常生活機能評価表)

	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	/
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	/
寝返り	できる	一部介助	できない
起き上がり	できる	できない	/
座位保持	できる	支えがあれば可	できない
移乗	できる	見守り・一部介助	できない
移動方法	介助を要しない	介助を要する	/
口腔清潔	できる	できない	/
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意志伝達	できる	出来るときと出来ない時あり	できない
診療療養上の指示が通じる	できる	いいえ	/
危険行動	できる	ある	/
評価日 年 月 日	計 点		

【身長 cm、体重 kg】

リハビリテーション施行【有 無】→有の場合(理学療法 作業療法 言語療法)

患者・家族の希望など：

保険：後期 国本 国家 社本 社家 労災 自賠 生保 高齢 障 都 子 親 他( )

生保担当CW部署： 氏名： 電話：

家族構成： 単身 同居介助者有 日中独居 二世帯同居

キーパーソン 氏名： 続柄： 連絡先電話番号：

連絡担当者名(当院から連絡する方)： 医師 Nrs MSW 事務 その他( )

連絡先電話番号： (内線)

リハビリ 使用 欄 病院	受付日	月 日	入院日	月 日	連絡日		ランク
	入院の可否	可 ・ 否	病棟名		主治医		MSW