

回復期リハビリテーション病棟 入院申込書(記入例)

病院名: 伊勢原病院

担当科: 脳神経外科・神経内科・心臓血管外科・整形外科・その他 ()

担当者: 伊勢原 花子 PHS() 担当部署: ()

※医師以外の方が記入しても構いません。(○で囲んでください) 職種: 医師・看護師・その他 ()

【基本情報】

ふりがな 患者氏名	いせはら たろう 伊勢原 太郎 (男・女)	年齢	75 歳	生年月日	1949 年 6 月 1 日
診断名	発症日または診断日: 2023 年 11 月 11 日 脳梗塞(部位)・脳出血(部位 視床)・くも膜下出血 脊髄損傷(部位)・骨折(部位)・その他 ()				
既往歴	高血圧、糖尿病				

【心身状況等】

運動麻痺	無・有 右(上肢・下肢)左(上肢・下肢)	四肢麻痺	対麻痺
高次脳機能障害	無・有(注意障害・半側空間無視・失語・失行・その他())		
褥瘡	無・有(部位)	リハビリ意欲	無・有
抑制	無・有(部位 体幹抑制)	転倒歴	無・有
精神状態	安定・不安定(夜間せん妄・昼夜逆転・うつ状態・不潔行為・声だし)		
気管切開	無・有(吸引 回/日)	抗がん剤使用	無・有
酸素投与	無・有(ℓ/分)	透析	無・有
座位保持	できる	見守り・一部介助	全介助・不能
移乗	できる	見守り・一部介助	全介助・不能
歩行	できる	見守り・一部介助	全介助 不能
食事摂取	できる	見守り・一部介助	全介助 不能
食事内容	経口摂取(常食・嚥下調整食) 経管栄養(経鼻・胃ろう)		
摂食機能療法	算定: 無・有(起算日 2024 年 12 月 1 日)		
排泄手段	パンツ・リハビリパンツ・オムツ・膀胱留置カテーテル・ウロストミー・ストマ		

【社会的状況】

原疾患の予後説明	説明未 説明済(内容:)	DNR	有・無・未
本人希望	歩けるようになりたい	家族希望	トイレを一人で行けるようになって欲しい
方向性	自宅・施設()・転院()・未定		
キーパーソン	無・有(続柄: 妻)	経済状況	年金受給あり、その他収入無
家屋状況	持家・賃貸(一戸建て・集合住宅(5階、EV:有・無))		
介護保険	無・有(介護度: 要支援1 ケアマネ:〇〇〇)		その他()
身体障害者手帳	無・申請中・有()	住所地	伊勢原市 個室希望 無・有
備考	税金の滞納がある等		

※入院申込書と合わせて A 年金を含む収入状況や生活保護の有無、申請中等退院支援にかかわる関係者の金銭的協力の有無