

那須脳神経外科病院 地域包括ケア病床 入院申込書

記載日 令和 年 月 日

I. 患者様基本情報

※医師以外の記入可能です。

氏名		生年月日	M T S H	年	月	日	歳
住所		電話番号					
病名		発症日	令和	年	月	日	
キーパーソン	(関係：) 連絡先						
家族構成							
経済状況							
医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容：)						
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状：)						
身体状況	<input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 感覚障害 <input type="checkbox"/> 失調 部位： <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢						
	高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 空間無視 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> その他：						
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()						

II. 日常生活機能評価

1	床上安静の指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
2	どちらかの手で胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
3	寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない
4	起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
5	座位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない
6	立位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない
7	移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り一部介助	<input type="checkbox"/> できない
8	移動方法 (主要なもの一つ)	<input type="checkbox"/> 介助を要しない移動	<input type="checkbox"/> 介助を要する移動	
9	車いす駆動 ※移動が車いすの場合	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
10	歩行	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない
11	口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
12	食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
13	衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
14	他者への意思伝達、理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できる時とできないときがある	<input type="checkbox"/> できない
15	診療・療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
16	危険行為の対応 (監視・抑制など)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	

那須脳神経外科病院記入欄 ※こちらの記入は不要です。

受付日	/	担当：
必要書類	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 処方内容 <input type="checkbox"/> 検査データ	
備考		