

那須北病院

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	☐ なし ☐ あり (内容：)						
認 知 症	☐ なし ☐ あり (症状：)						
身体状況	☐ 麻痺 ☐ 感覚障害 ☐ 失調 部位： ☐ 右上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左上肢 ☐ 左下肢						
	高次脳機能障害 ☐ 失語 ☐ 空間無視 ☐ 失行 ☐ その他：						
感 染 症	☐ なし ☐ あり ()						

II. 日常生活機能評価

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

那須北病院記入欄 ※こちらの記入は不要です。

受 付 日	/ 担当：
必要書類	☐ 診療情報提供書 ☐ 処方内容 ☐ 検査データ
備 考	