

入院申込書(患者さん・御家族記載用)

記載日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日		年齢
患者氏名					才
住所	〒				自宅 TEL
					携帯 TEL
連絡先①	氏名	続柄	住所	〒	自宅 TEL
	勤務先名				携帯 TEL
連絡先②	氏名	続柄	住所	〒	自宅 TEL
	勤務先名				携帯 TEL
保険証・資格証 (該当するものすべてにレ印をつけてください。 なお介護保険をお持ちの方は必要事項をご記入下さい。)	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済保険 <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 自賠責 <input type="checkbox"/> その他				
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 福祉医療受給者証				
	<input type="checkbox"/> 自立支援法による障害程度区分 [区分] <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 [級]				
	<input type="checkbox"/> 介護保険[<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()]				
	介護認定有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
担当居宅介護支援事業者名					
担当ケアマネジャー氏名					
本人・家族の希望	入院についての目的や御希望を具体的に書き下さい。	(リハビリ行って) <input type="checkbox"/> 復職 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 社会生活自立 <input type="checkbox"/> 家庭生活自立 <input type="checkbox"/> 身体機能の維持向上 <input type="checkbox"/> 介助量軽減			
	御家族が一番困っていること	<input type="checkbox"/> トイレに行けない <input type="checkbox"/> 食事が出来ない <input type="checkbox"/> 歩けない <input type="checkbox"/> 話が出来ない <input type="checkbox"/> 家人の言うことを理解が出来ない <input type="checkbox"/> 自宅に介護者が居ない <input type="checkbox"/> その他()			
	入院希望日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 出来るだけ早く入院したい		
	希望される病室	病室 <input type="checkbox"/> 一人 <input type="checkbox"/> 二人 <input type="checkbox"/> 四人 (病状やその他の状況で御希望に添えない場合がありますので御承知おき下さい。)			
	予定する退院先(当院退院後)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親族宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他() 介護保険施設等に入所申し込み申請をされている方は以下の項についてご記入ください。 申請された施設名と申請日 ~ 年 月 に申請 申請された施設名と申請日 ~ 年 月 に申請			
家族の状況	同居家族	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 婿 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> なし(独居) <input type="checkbox"/> その他()			
	主な介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 婿 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()			
	主な介護者の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 勤務 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他()			
現在患者さんの所在	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院中(医療機関名) <input type="checkbox"/> 入所中(施設名)				
入院歴	いままでセンター以外に入院や入所をされていた場合の施設名とその時の病名や期間をお書き下さい。	施設名	病名(例脳梗塞・肺炎等)	入院・入所期間	
				年 月 日 ~ 年 月 日	
				年 月 日 ~ 年 月 日	
センター最終入院歴	<input type="checkbox"/> 鹿教湯病院 <input type="checkbox"/> 三才山病院 <input type="checkbox"/> いずみの <input type="checkbox"/> 鹿教湯病院分院		年 月 日 ~ 年 月 日		
センター最終外来歴	<input type="checkbox"/> 鹿教湯病院 <input type="checkbox"/> 三才山病院		年 月 日	(診療科名)	

[注] 1.入院の可否については、入院検討委員会後に御本人あるいは御家族、紹介元医療機関に御連絡いたします。
 2.診療情報提供書は現在診療を受けている医師に記入していただき下さい。
 3.いただいた個人情報は当センターへの入院の適否についての検討、および患者さんの医療や介護を円滑、かつ安全に行うためのものです。この目的以外には使 用いたしません。
 4.入院される病院(鹿教湯病院または三才山病院)および病棟につきましては、患者さんの疾患や病状等、病棟の機能や空床状況等により検討し、ご相談させていただきます。
 *以下は記入しないでください。

申込受付番号	受付日 201 年 月 日	受付者		
入院検討委員会	入院日	<input type="checkbox"/> 回復期病棟	入院病棟	主治医
201 年 月 日	月 日	<input type="checkbox"/> 一般病棟		転棟予定日 → 病棟
リハセンターID番号		<input type="checkbox"/> 療養病棟		
		<input type="checkbox"/> 介護療養		
		<input type="checkbox"/> 指定療養介護		
		<input type="checkbox"/> 障害者施設		
		<input type="checkbox"/> 不可(理由)		
入院検討結果報告 201 年 月 日	報告者名	同意者	確認印	
転院日決定連絡: 月 日	転院確認: <input type="checkbox"/> 紹介元医療機関 <input type="checkbox"/> 本人・家族	書類発送日: 月 日	登録: <input type="checkbox"/> 一覧 <input type="checkbox"/> 電カル	