

独立行政法人国立病院機構青森病院 入院申込患者情報提供用紙

宛先 → 地域医療連携室：FAX：0172-62-7534

ご記入年月日 年 月 日

患者様	ふりがな		男 ／ 女	生年 月日	M / T / S / H 年 月 日	年齢	歳												
	お名前																		
	ご住所			連絡先	① — — ② — —														
	被保険者証	保険者番号 記号・番号 公費負担番号			<input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 母子 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 公災 <input type="checkbox"/> 自賠責 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 食事減額 <input type="checkbox"/> 限度額認定証														
傷病名・既往歴		発症年月日		身障手帳	無し・有り( 種 級)														
				要介護度	非・支・1・2・3・4・5・未														
現在の医療処置について	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> インスリン ・種類 ・回数 ・単位		<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 血液・腹膜透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置(部位/ ) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引(頻度 回/ ) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 感染症(有・無・未検) MRSA(+・-) HBV(+・-) HCV(+・-) ワッセルマン(+・-)		<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着 ■機種( ) ■設定 <table border="1"> <tr><td>1回換気量(ml)</td><td></td></tr> <tr><td>呼吸回数(Bpm)</td><td></td></tr> <tr><td>PEEP/CPAP(cmH<sub>2</sub>O)</td><td></td></tr> <tr><td>酸素濃度(%)</td><td></td></tr> <tr><td>I:E比</td><td></td></tr> <tr><td>備考</td><td></td></tr> </table>			1回換気量(ml)		呼吸回数(Bpm)		PEEP/CPAP(cmH <sub>2</sub> O)		酸素濃度(%)		I:E比		備考	
1回換気量(ml)																			
呼吸回数(Bpm)																			
PEEP/CPAP(cmH <sub>2</sub> O)																			
酸素濃度(%)																			
I:E比																			
備考																			
患者様の状況について	食事	自立・一部介助・全介助	普通食・粥( 分)・きざみ・ミキサー・経管・胃ろう																
	排泄	自立・一部介助・全介助	尿	尿意(有・無)／膀胱訓練(有・無) 留置カテーテル・おむつ・リハビリパンツ・尿器・ポータブル															
		自立・一部介助・全介助	便	便意(有・無) おむつ・リハビリパンツ・手差し便器・ポータブル															
	入浴	自立・一部介助・全介助	一般浴・機械浴・その他( )／頻度( 回/ )																
	移乗	自立・一部介助・全介助	*エアマットの使用(あり・なし)																
	移動	自立・一部介助・全介助	自立・杖・手押し車・歩行器・車いす(自走・介助)																
	麻痺	麻痺の状況																	
	着脱	自立・一部介助・全介助																	
		良好・一部困難・不可能	理解力／有(部分・全面)・無 言語障害／有・無 難聴／有・無 補聴器／有・無																
	会話	ナースコール(現在の使用方法)																	
コミュニケーション手段		言語・筆談・スピーチカニューレ・文字盤・トーキングエイド・伝の心・その他( )																	
認知	認知障害／有・無	記名力障害・見当識障害																	
問題	問題行動／有・無 有→専門医受診の有無( 科)・無	夜間不穏・夜間せん妄・不眠・昼夜逆転・徘徊・大声・暴力・暴言・幻覚妄想・不潔行為・自傷行為・異食行為・性的問題行動・その他( )																	
寝たきり度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2																		
入院の目的と理解	本人：																		
	家族：																		
記載者	施設名			職種															
	連絡先	TEL：	FAX：	氏名															

\*ご記入ありがとうございます。恐れ入りますが、下記まで FAXいただきますようお願い致します。

独立行政法人国立病院機構青森病院 地域医療連携室宛 FAX：0172-62-7534 / TEL：0172-62-4055