

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(2015/10)

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		<input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 母子 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> その他( )			
記号・番号			<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( )				
公費負担番号			<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		
					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					
	会話	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				
		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 有 ( 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