

【大分リハビリテーション病院 入院依頼について】

お申込み手順

- ① 入院依頼書に必要事項を記入
- ② 診療情報提供書と直近(2週以内)の血液検査データを添付
- ③ 点滴、内服がある場合は処方内容を添付
- ④ FAXにて申し込み



宛先: 大分リハビリテーション病院 (入院依頼専用FAX: 097-503-5914)

全ての書類が揃い次第、受入れの調整をさせていただきます。

※ベッドの空き状況等によっては、調整にお時間をいただくことがあります。

現状当院では、下記患者さんのお受入れが困難となりますのでご了承ください。

- * 急性期の治療を要する方
- * 人工呼吸器での管理が必要な方
- * 重度の高次能・認知症で入院生活が送れない方
- * 抗癌剤等、特殊な治療をしている方

ご不明な点などありましたら、連携室(直通: 097-503-5920)までご相談ください。



入院依頼書

病院名 () 診療科 ()
 大分リハビリテーション病院
 記入者 () 職種 ()
 年 月 日提出

| | | | |
|--|--|--|---|
| フリガナ氏名 | 様 | 生年月日 | 年 月 日 ()歳 |
| 主病名 | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 発症日 | 年 月 日 | | |
| 手術日 | 年 月 日 | | |
| 緊急連絡先(キーパソン) | 氏名 (続柄) () 住所 Tel 携帯 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 家族と同居 特記事項() | 家族構成 |
| 介護保険 | <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | | |
| リハビリ | 起算日() 摂食嚥下訓練開始日 月 日 | 介護 | 事業所名 担当ケアマネ |
| 医療処置 | 気管切開 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()Fr 種類() ペースメーカー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 酸素 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (酸素量 L) 吸引 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (回数) 褥瘡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位() その他 () | 感染症 | HCV <input type="checkbox"/> 検査未 <input type="checkbox"/> マイナス <input type="checkbox"/> プラス HBS抗体 <input type="checkbox"/> 検査未 <input type="checkbox"/> マイナス <input type="checkbox"/> プラス MRSA <input type="checkbox"/> 検査未 <input type="checkbox"/> マイナス <input type="checkbox"/> プラス 検出部位() 緑膿菌 <input type="checkbox"/> 検査未 <input type="checkbox"/> マイナス <input type="checkbox"/> プラス 検出部位() TPHA <input type="checkbox"/> 検査未 <input type="checkbox"/> マイナス <input type="checkbox"/> プラス その他特記事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () |
| | A D L 移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす) 移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> 自己導尿) 保清 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 摂取方法 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 経口 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 水分ロミ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 摂取カロリー ()kcal 経管 <input type="checkbox"/> 経鼻 () Fr. 胃瘻・腸瘻 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 嚥下障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 精神活動状態 意志疎通 <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる 失語 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 危険行動 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 危険防止 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> 安全ベルト <input type="checkbox"/> 抑制着 | 内服について 内服詳細 <input type="checkbox"/> 添書参照 内服管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 インスリン <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 特記事項 () | | |
| 麻痺 <input type="checkbox"/> 右 (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度) <input type="checkbox"/> 左 (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度) <input type="checkbox"/> その他() | 部屋希望 <input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 薬剤 () <input type="checkbox"/> 食品 () | 他科受診 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 特記事項 () | | |
| 受け入れ希望日 月 日 | 保険情報 <input type="checkbox"/> 保険情報コピー送付 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| その他特記事項 | | | |

* このシートにおける個人情報の取り扱いについては、本人もしくは家族に同意を得ています。
 社会医療法人 敬和会 大分リハビリテーション病院