

## 【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	食生活・口腔 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