

【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。

※ベット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。





大分リハビリテーション病院入院依頼書

FAX:097-503-5914

TEL: 097-503-5000(代表)
097-503-5920(連携室直通)

病院名:		診療科:		
紹介医師名:		担当MSW名:	TEL:	
氏名	ふりがな	様 男 () 歳 生年月日	(T・S・H 年 月 日)	
住所	自宅電話【 】 携帯電話【 】			
主病名	発症日: 年 月 日		入院日: 年 月 日	
	手術日: 年 月 日			
既往歴	身長: cm		体重: kg	
リハビリ	リハビリ病名()		リハビリ起算日: 月 日	
医療処置	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 酸素 (ℓ)	<input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー (薬剤名:)	
	<input type="checkbox"/> ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 褥創 (部位:)	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (1日 回)	
	<input type="checkbox"/> 感染症	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBS抗原 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> その他()		
	SARS-CoV-2抗原検査 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (最終検査日: 月 日)		PCR検査 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (最終検査日: 月 日)	
新型コロナウイルスワクチン接種 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (1回目: 月 日 実施・予定 2回目: 月 日 実施・予定)				
身体状況及びADL	麻痺	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> なし	転倒歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	高次脳	<input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的機能障害		
	寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない	起き上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない		
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <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"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> その他()	主食:	副食:
			摂取カロリー: kcal	摂取量: 割
			制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	意思伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できる時とできない時がある <input type="checkbox"/> できない	診療上の指示	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 通じない
	危険行動	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし	認知症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	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"/> 畳・マット対応 <input type="checkbox"/> 抑制着		
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 尿意: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
特記事項				
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 家族と同居 キーパーソン氏名 続柄()	キーパーソン	住所: 連絡先:	
発症前の状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり			
介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中()		事業所名	
	介護度 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()		担当者 ()	
	サービス内容()			
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種 級 障害名:)			
退院予定先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 療養病床への転院 <input type="checkbox"/> その他()			
部屋希望	<input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 個室 ※個室は別途料金がかかります。			

☆入院依頼書と一緒に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してください。