

# くりはらメディカルクリニック入院申込表

紹介元医療機関所在及び名称 ( TEL _____ FAX _____ )	記載年月日 _____
	担当診療科 _____
	医師氏名 ( 紹介者 ) _____

患者名 \_\_\_\_\_ 男 女 生年月日 M・T・S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 \_\_\_\_\_ 歳

傷病名 \_\_\_\_\_ 入院予定日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\_\_\_\_\_ 退院予定日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\_\_\_\_\_ ショートステイ目的 ・ 医療入院目的 ・ ワンクッション入院

合併・既往歴 \_\_\_\_\_

紹介目的	
症状経過・検査結果及び治療経過	
添付書類	
<input type="checkbox"/> ADL表 ( 待ち・取得済 )	<input type="checkbox"/> 看護サマリー ( 必須 )
<input type="checkbox"/> 間近の血液データ ( 必須 )	<input type="checkbox"/> 処方薬剤一覧 ( 必須 )
<input type="checkbox"/> 感染症の検査結果	<input type="checkbox"/> 合併症の検査結果
<input type="checkbox"/> その他の情報 ( _____ )	<input type="checkbox"/> 画像データ ( XP・CT・MRI・その他 _____ )
確認事項	
<input type="checkbox"/> 食事 ( 胃瘻 ・ 経鼻 ・ ペースト ・ きざみ ・ 常食 )	
<input type="checkbox"/> 褥創 ( 部位 _____ 発症日 _____ ) ( 大きさ _____ )	
<input type="checkbox"/> 持ち込み薬 ( 朝昼夕寝る前記載 ・ 日付記載 ・ 名前記載 )	
<input type="checkbox"/> アレルギー ( 有 ・ 無 ) <input type="checkbox"/> 夜間行動 ( 声出し・歩行して転倒の可能性あり ) <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー ( 有 ・ 無 )	
<input type="checkbox"/> アメニティ オムツ持ち込み ( 有 ・ 無 ) → 有 ( パンツ式 ・ テープ式 )	
<input type="checkbox"/> 肌着 靴下 ( 持ち込み ・ アメニティ )	
<input type="checkbox"/> その他の情報 ( _____ )	
介護認定 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済 ( 要支援1・要支援2・要介護1・2・3・4・5 )	
ケアマネジャー: _____	居宅介護支援事業所: _____
tel: _____	tel: _____
体格	身長 _____ c m 体重 _____ k g
連絡先	住所 _____
	電話番号 _____ 携帯番号 _____
住環境	<input type="checkbox"/> 独居 ( 後見人 あり・なし ) <input type="checkbox"/> 同居 ( 詳細 _____ ) <input type="checkbox"/> 生活保護 ( 後見人 あり・なし )
交通手段	<input type="checkbox"/> 自家用車 ( 約 _____ 分 ) <input type="checkbox"/> 電車 ( 約 _____ 分 ) その他 ( _____ )

	続柄	氏 名	住 所	TEL
キーパーソン①				
キーパーソン②				

当院記入欄: