

# 診療情報提供書・入院申込書 -HP用-

JA 静岡厚生連  
リハビリテーション 中伊豆温泉病院長 殿

申込受付日	年	月	日
ID			

フリガナ		明治 大正 昭和 平成	年	月	日生	
氏名					( 歳)	男・女
住所	(〒 - )	職業: 無・有( )				
緊急連絡先	氏名 住所	(患者との関係 備考)				
保険	国保・健保(本人、家族)・後期高齢者医療・労災・生保・その他・交通事故					
当院入院経験	無・有 最近の入院歴( 年 月 日 ~ 年 月 日)					
希望する病室	特室(A・B・C) 個室(A・B・その他) 2人室 3人室 ~ 5人室					
農協	非組合員 組合員( 農協)	身体障害者手帳 無・有( 級) 申請中				
入院希望日	1. できるだけ早く 2. 年 月 日頃					

## 主治医・紹介医の記入欄( )

病名:	発病	年	月	日
合併症:	循環器疾患(病名 )			無し
	呼吸器疾患(病名 ) (pO2 ) (pCO2 ) 酸素( ) l/分			無し
	腎疾患 (病名 ) (BUN ) (Cr )			無し
	消化器疾患(病名 )			無し
	悪性疾患 (病名 )			無し
	糖尿病 (HbA1c ) インシュリン(有 無) 1日量			無し
	その他 (病名 )			無し
経過:	処方薬:			
入院目的:				

下記の欄は記入しないでください。

入院日時	年	月	日( )	時	病室:	号室	主治医:
その他連絡事項	連絡	紹介病院		家族			

# 主治医・紹介医の記入欄 ( ) - HP用 -

障 害 の 程 度	麻痺	無・有	左・右	上肢	軽度	中度	重度
				下肢	軽度	中度	重度
	関節可動域制限	無・有	部位		軽度	中度	重度
	変形	無・有	部位		軽度	中度	重度
	RA stage	・	・	RA class	1・2・3・4	最有痛関節	
	意識障害	無・有			気管カニューレ		無・有
	燕下障害	無・有			経管栄養		無・有
	尿尿失禁	無・有			膀胱留置カテーテル		無・有
	言語障害	無・有 (失語症・構音障害・)					
	認知症・精神状態異常	無・有 ( )					
A D L の 状 況	褥創	無・有	(部位: 大きさ: × )				
	感染症	無・有 (MRSA・HB・HCV・)					
		自立	一部介助	半介助	全介助	備考	
	食事						
	食事(経管栄養)内容						
	更衣						
	移動 歩行 車椅子						
	排泄 入浴						
該当に 記入	コミュニケーション						
	身長		cm	体重		kg	
そ の 他							
紹 介 医	(〒 - )						
	住所						
	医療機関名	( - - )					
	診療科	病棟名( )					
	医師名	印	記入日:	年	月	日	

下記の欄は記入しないでください。

入院判定	月 日判定医	可・不可	入院係:
適応	回復期・一般・療養型		
備考			