

諏訪中央病院

回復期リハビリテーション病棟

入院申込書

長野県茅野市玉川4300番地

TEL 0266-72-1000 FAX 0266-72-6930

フリガナ							
患者氏名		男 女	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	歳
住所	〒						
	TEL ()						
家族連絡先	氏名	続柄					
	住所	TEL ()					
家族構成	氏名	年齢	続柄	職業	健康状態		
希望する病室	個室 (1日3,150円) ・ 大部屋 ・ どちらでもよい						
身体障害者手帳	あり (種 級) ・ 申請中 ・ なし						
医療保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> その他						
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済 (<input type="checkbox"/> 要支援 : 1 2 <input type="checkbox"/> 要介護 : 1 2 3 4 5)						
	ケアマネージャー (事業所 : 氏名 :)						
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 家族宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> わからない (未定)						
病前の役割	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 隠居 <input type="checkbox"/> その他						
	退院後 復職の希望 あり (仕事内容) 休職 退職 (年 月より)						
病前の生活	食事 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 トイレ : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 入浴 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助						
	移動 : <input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子						
ご希望がありましたら、ご記入ください。							

<ソーシャルワーカー等記入欄>	病院名	_____
	電話	_____
	担当者	_____

判定日		結果	可・否・保留 ()	入院日	
-----	--	----	------------	-----	--

患者さんのご家族の方に記載をお願いします。(当てはまるものに○をつけてください。)

1. 病状についてどのように説明を受けていますか？
 - a. 病名：
 - b. 聞いていない。

2. 今後の回復についてどのように説明を受けていますか？
 - a. 自立した生活ができるようになる、と聞いた。
 - b. 症状は残存し、退院後は何らかの介助が欠かせない、と聞いた。
 - c. 詳しくは聞いていない。

3. リハビリ治療後に、患者さん本人がどのような回復状況になれば、退院後に在宅での介護が可能と考えていますか？
 - a. 全くの寝たきり、食事から排泄、全ての日常生活動作に昼夜問わず介護が必要な状況であっても、力を合わせて家で見て行くつもりである。
 - b. 車椅子の生活、日中介護が必要という回復状況であっても、介護サービスを使って何とか家で見て行くつもりである。
 - c. 一人で身の回りの生活動作ができなければ、家での介護は難しく、介護施設・療養病院入所なども考えている。
 - d. 歩行、身の回りの生活動作が自立しても、家での介護は難しく、生活の場を介護施設・療養病院などに移して過ごすことを考えている。

4. 家庭の状況について
 - a. 患者さん本人は、日中、家で一人になってしまう。
 - b. 患者さん以外に、家族のものが日中は誰か見るものがある。