



入院申込書

記載日：平成 年 月 日

ID:
※太枠内を御記入ください

記載者： (続柄)

患者氏名 ・ 住所	フリガナ 氏名： 様 性別 男・女 生年月日 M・T・S・H 年 月 日 歳			
	住所：〒	Tel(自宅) Tel(携帯電話) 職業		
連絡先①	氏名： (続柄) Tel(自宅)			
	住所：〒 (年齢) Tel(携帯電話)	職業： Tel(勤務先)		
連絡先②	氏名： (続柄) Tel(自宅)			
	住所：〒 (年齢) Tel(携帯電話)	職業： Tel(勤務先)		
家族構成	例  患者様夫婦に 子供が長女と長男			
	◎・回：本人 □：男性，○：女性 ■・●＝死亡			
今までの 病歴	発症 歳	病名	病院名(かかりつけ病院は丸を付けてください)	定期受診 有・無
	歳			有・無
	歳			有・無
	歳			有・無
	歳			有・無
病気・ ケガを する 様子	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()	保険種別 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 重度心身医療費助成 <input type="checkbox"/> 国保 (あり・なし) <input type="checkbox"/> 高齢(1割・2割・3割) <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 後期高齢(1割・3割) <input type="checkbox"/> 労災	
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパンツ <input type="checkbox"/> その他()	介護保険 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / 調査日 /) <input type="checkbox"/> 要支援(1・2),要介護(1・2・3・4・5)	
	食事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他()	居室名： ケアマネジャー： 利用中サービス：	
	会話	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや準備で自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
現在の 様子	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()		
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパンツ <input type="checkbox"/> その他()		
	食事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他()		
	会話	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや準備で自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
病院・リハビリに対する希望・思い			入院希望病院・施設、部屋希望 <input type="checkbox"/> 回復期リハビリテーション病院 (<input type="checkbox"/> 静清リハビリ, <input type="checkbox"/> 静岡リウマチ整形) <input type="checkbox"/> エスコートタウン静清 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 4人部屋	
当院退院後の方向性 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()				

※ご不明な点がございましたら、アールアンドオー地域医療・介護ネットワーク室 054-275-2755までお問い合わせください



入院申込書

記載日：平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

ID:

記載者： 山田 次郎 (続柄 長男)

※太枠内を御記入ください

患者氏名 ・ 住所	フリガナ 氏名： ヤマダ 太郎 性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 生年月日 M・T・S・H 10 年 1 月 1 日 〇〇 歳
	住所：〒123-4567 静岡県葵区〇〇〇 1-2-3 Tel(自宅) 054-123-4567 Tel(携帯電話) 090-1234-4567 職業 無職
連絡先①	氏名： 山田 次郎 (続柄) 長男 Tel(自宅) 054-123-4567 住所：〒 同上 (年齢) 〇〇 Tel(携帯電話) 090-2345-6789 職業： 会社員 Tel(勤務先) 054-345-6789
	氏名： 佐藤 花代 (続柄) 長女 Tel(自宅) 054-234-5678 住所：〒123-4567 静岡県清水区〇〇〇 2-3-4 〇〇〇101号 (年齢) 〇〇 Tel(携帯電話) 090-3456-7890 職業： 看護師 Tel(勤務先) 054-234-5678
家族構成	例  患者様夫婦に 子供が長女と長男 ※左にある例を参考にしてください。 文章の記入のみでも可 ◎・回：本人 □：男性，○：女性 ■・●＝死亡
今までの病歴	発症 年齢 病名 病院名(かかりつけ病院は丸を付けてください) 定期受診
	15 歳 虫垂炎 県立総合病院 有 <input checked="" type="radio"/> 無
	56 歳 心房細動 静岡病院 ← <input checked="" type="radio"/> 〇〇循環器内科 有・無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	? 歳 両目白内障 〇〇眼科 有・無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	71 歳 脳出血 県立総合病院 ← <input checked="" type="radio"/> 〇〇循環器内科 有・無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
病気のケガをする様子	移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input checked="" type="checkbox"/> その他(屋外のみシルバーカー)
	排泄 <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input checked="" type="checkbox"/> その他(夜間のみポータブル)
	食事 <input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他()
	会話 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや準備で自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
現在の様子	移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()
	排泄 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input checked="" type="checkbox"/> 尿カテーテル <input checked="" type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他()
	食事 <input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他()
	会話 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守りや準備で自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
病院・リハビリに対する希望・思い	入院希望病院・施設、部屋希望 <input type="checkbox"/> 回復期リハビリテーション病院 (□静岡リハビリ, □静岡リウマチ整形) <input type="checkbox"/> エスコートタウン静岡 <input checked="" type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 4人部屋
当日退院後の方向性	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()

※ご不明な点がございましたら、アールアンドオー地域医療・介護ネットワーク室 054-275-2755までお問い合わせください