

入院申込書



医療法人久会 函南病院

高知市知寄町1丁目5-15

TEL 088-882-3126 (代表)

FAX 088-861-1272 (予約受付専用)

ホームページ

<http://www.hisakai.or.jp/tonan/reservation.html>

この用紙はホームページよりダウンロードできます。

送信日 平成 年 月 日

医療機関名
電話番号
FAX番号
診療科名
医師氏名
送信部署
送信者

※下記、必要事項にご記入願います。

連絡票の送信については患者様の理解をとっていただくようお願いします。

フリガナ				性別	生年月日
患者氏名		旧姓		男 女	大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)
現住所	(〒 -)				
電話番号	自宅 () -	呼出 ()	様方)	又は 携帯	- -

被保険者証							本人 家族 0割 1割 2割 3割	公費負担医療受給者証						
保険者番号								負担者番号						
記号・番号								受給者番号						
被保険者氏名								認定日	年 月 日					
資格取得	年 月 日							有効期限	年 月 日					
有効期限	年 月 日													

現在 (平成 年 月 日) の状況を確認させて下さい。

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 担送 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> ()
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自力体交できない <input type="checkbox"/> 自力体交できる
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食事形態 () <input type="checkbox"/> 経管
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
理解力	問題： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (特記事項：)				
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不隠 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 危険後医 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 医師疎通困難 <input type="checkbox"/> その他 ()				
医療処置	<input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 ()				