

東新潟病院・介護医療院 葉の郷 入院相談受付票①（記入例）

記入日:	年 月 日	病院・施設名	(担当者氏名)	
フリガナ		性別	生年月日	年 月 日 歳
氏名	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> イニシャルでの記入をお願いします。 </div>		TEL	
住所				
診断名	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 市区町村までの記入で構いません。番地までは不要です。 </div>		既往歴	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 電話番号の記載は不要で </div>
経過	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; display: inline-block;"> 入院までの経緯や入院中の経過等について簡単にご記入ください。 </div>			
内服内容				
医療行為	DNR 無 ・ 有			
	酸素(ℓ)		吸引 (回/日 夜間: 回)	
	血糖測定: 回/日		インスリン: 回/日()	
	直近の血糖推移:			
	気管切開(チューブ名、サイズ)			
	褥瘡: 無 有 (部位、大きさ:			
	(処置内容:			
褥瘡以外の皮膚処置: 無 有				
(処置内容:				
感染症	HCV() HBV() HIV() MRSA() ESBL()			
麻痺	無 有(部位:)		拘縮	無 有(部位:)
身体拘束	ミトン(左手 右手 両手) センサーマット 抑制着 4点柵 その他()			
認知症状	無 有		介護抵抗 夜間せん妄 声出し	
	具体的な症状:			
視力	見える 見えない 判断できない		聴力	聞こえる 聞こえない 判断できない

東新潟病院 ・ 介護医療院 葉の郷 入院相談受付票②(記入例)

食事	経口・経鼻・胃ろう・点滴・CV		摂取量
	内容		アレルギー
	チューブの種類等:		チューブ交換者 Dr・Ns
身長	cm	体重	kg
排泄	トイレ・Poトイレ・尿器・紙パンツ・オムツ・留置カテーテル(留置)		
	尿意(有 無) 便意(有 無)		
移乗 移動	自立・見守り・一部介助・全介助		
	独歩 杖 歩行器 スタンダード車椅子 リクライニング車椅子		
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助 (一般浴 特浴 清拭)		
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助		
意思疎通	可能 不可能 (具体的に:)		
今後の 方向性	在宅 施設(申込 有 無 申込施設名:)		
	看取り(予後等:) 長期療養		
家族構成	キーパーソン:		
	連帯保証人等協力の親族: 有 無		
	成年後見人制度利用 有 無 ()		
経済状況	年金() 生活保護: 受給 受給なし(担当CW:)		
	後期高齢者受給者証(割) 標準負担限度額認定証(区分I・II) 現役所得(I II)		
	国民健康保険者証(割) (区分ア・イ・ウ・エ・オ)		
	障がい者手帳(種別:) (等級: 級) マル障(有 無)		
	特定医療受給者証: 無 有(疾患名:)(上限: 円)		
介護保険	無 有(介護度:) 担当ケアマネジャー:		
	サービス利用状況:		
その他	医療行為等の他に特記すべき事項がありましたら、ご記入ください。		

・胃ろうのタイプや経鼻チューブの使用している商品名の記載をお願いします。

・留置カテーテルの留置理