国立病院機構岩手病院　重症心身障害病棟　入院利用申込み用紙

下記項目の適合するものにレ点をつけ，下線に記入し，**診療情報提供書**と合わせて郵送してください。尚，受診当日は**最新の診療情報提供書**をご持参下さい。入院の可否，及び入院予定日は検討の上，後日ご連絡申し上げます。

申込年月日：　令和　　年　　月　　日

患者情報

氏　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□男 □女

当院受診歴：　有　　無

年　齢：＿＿歳　生年月日：＿＿＿＿年　月　日

住　所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設・福祉行政名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診療科・担当部署：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

主治医：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先：　電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

FAX＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

福祉制度申請状況

【身体障害者手帳】□無　□有（　　級）

【療育手帳】　□無　□有（　　判定）

【障害福祉サービス受給者証】

□無　□有　□申請中

【 障害支援区分 】（区分：　　）

【 成年後見制度 】□無　□有　□申請中

後見人：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続柄（　　）

特記事項

病　名　□脳性麻痺　□精神発達遅滞　□知的障害

□低酸素性脳症　□脳炎後遺症　□てんかん

□ダウン症候群　□その他（　　）

合併症

高 血 圧：□有　□無　糖尿病：□有　□無　高脂血症：□有　□無　腎不全：□有　□無

心房細動：□有　□無　心不全：□有　□無　心筋梗塞：□有　□無　狭心症：□有　□無

そ の 他：(＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)

現在の状態

大島分類：＿＿＿＿＿

行動障害：□無　□有（□不穏　□昼夜逆転　□自傷　□異食　□その他　　）

運　　動：□ねたきり　□座位（安定　不安定）□寝返り　□いざり　□四つ這い　□歩行（安定　不安定）

排　　泄：□自立　□部分介助　□全介助（□トイレ□ポータブル□尿器□オムツ□留置カテーテル）

食　　事：□自立　□部分介助　□全介助　□経鼻経管栄養　□胃ろう　□中心静脈栄養

食事内容：主食（□米飯　□粥）副食（□固形　□軟采　□ミキサー）

水分（トロミ：□あり　□なし）□栄養剤（　　）

移動方法：□自立□車いす（□部分介助　□全介助）　□ストレッチャー

褥　創　：□無　□有（□軽度　□中等度　□重度　部位：　　）

呼　吸　：□特に問題なし　□酸素吸入（　L/h）□気管切開　□人工呼吸器（　　）

MRSA　：□未検　□検査したが検出せず　□保菌

記入者　□主治医　□病棟Ｎｓ　□ＭＳＷ　□その他（　　）

宛先：国立病院機構　岩手病院　療育指導室
〒021-0056　岩手県一関市山目字泥田山下 48
電話：0191-25-2221　FAX：0191-25-2157