

# FAX 岩手病院 神経難病入院申込み用紙

入院の可否、および入院予定日は検討の上、後日、電話などでご連絡申し上げます。

宛先：独立行政法人 国立病院機構 岩手病院 FAX 0191-25-2429 (連携室直通)

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FAXにて申し込んでください。

申込み年月日：令和____年____月____日	患者情報
施設名：_____	氏名：_____ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
診療科：_____ 主治医：_____	受診歴： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
連絡先：TEL：_____ (内線 _____)	年齢：_____歳 生年月日： <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S 年 月 日
_____ 病棟 担当	住所：_____
FAX：_____	

## 入院目的

- 精査 加療 レパ<sup>o</sup>ト (希望入院期間：令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日～令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日)  
長期療養 (在宅療養・施設入所が困難な理由：\_\_\_\_\_)  
予防接種希望 (種類 インフルエンザ 新型コロナ)

病名：PD (Yahr\_\_\_\_) PSP CBD MSA SCD ALS  
その他 (\_\_\_\_\_)

発症：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

手術：無 有 (施行年月日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日)

## 現在の状態

- 意識障害：無 有 (3-3-9度方式にて)：(\_\_\_\_\_)  
麻痺：無 有 (右 左 両側 / 軽度 中等度 重度)  
運動失調：無 有  
認知症：無 有 (軽度 中等度 重度) → MMSE：\_\_\_\_\_/30  
発語・意志疎通：正常 やや低下 困難 非常に困難 不能  
コミュニケーション方法：(\_\_\_\_\_)  
精神症状：無 有 (不穏 昼夜逆転 暴力 徘徊 その他\_\_\_\_\_)  
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 CV  
食形態【主食】：米飯 粥 ペースト【副食】：常食 軟菜 きざみ ペースト  
起き上がり：自立 部分介助 全介助 車椅子への移乗：自立 部分介助 全介助  
移動方法：自力 見守り 車椅子 (自立 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：\_\_\_\_\_)  
MRSA：不明 未検 検査したが検出せず 保菌  
呼吸の問題：無 有 (喀痰あり 肺炎あり 酸素吸入 気管切開 人工呼吸器)  
今後の気管切開に関する方針 (希望する 希望しない 未定)  
今後の人工呼吸器装着に関する方針 (希望する 希望しない 未定)  
病名の告知：無 有 (本人 家族)

## 福祉制度

介護保険 (要介護\_\_\_\_ 事業所名：\_\_\_\_\_ 担当ケアマネ：\_\_\_\_\_)  
身体障害者手帳 (部位：\_\_\_\_\_ 級：\_\_\_\_\_) 難病医療費助成：無 有 (病名：\_\_\_\_\_)

## 予定退院先

自宅 療養型病院 老人保健施設 特別養護老人ホーム その他 (\_\_\_\_\_)

記入者 (主治医 病棟Ns MSW その他\_\_\_\_\_)