

回復期病棟入院申込書(病院名

)⇒ 新上三川病院

併願状況 無・有 宇都宮RH 新宇都宮RH 他()

ふりがな	生年月日		性別	身長 / 体重
患者氏名	大正 昭和 平成 年 月 日		男・女	cm / kg
病室の種類 (税込)	1: 個室 8800円/11000円 2: 2人部屋 2750円/3300円/3850円/4400円/9900円 3: 3人部屋 2750円 4: 大部屋 差額代なし ※大部屋が満床の場合は室料差額部屋にご案内させていただくこともあります。 * 室料差額部屋には、リハビリ着・パジャマ・タオル類・テレビ視聴料が含まれております。			
保険情報	国保(後期: 1割・2割・3割)・社会保険・自賠・労災 生活保護(担当者: 連絡先:) ※限度額適応認定 有(区分)・無 身体障害者手帳: 無・有(級) 介護保険: 無・有(要支援) (要介護)			
新型コロナワクチン 接種状況	()回目済		接種なし()	
患者様の現在の状況				
床上安静指示 どちらかの手を胸まで持ち上げられる 寝返り 起き上がり 座位保持 移乗 移動方法 口腔清潔 食事摂取 衣服の着脱 他者への意思伝達 診療療養上の指示が通じる 危険行動	なし・あり できる・できない できる・何かにつかまればできる・できない できる・できない できる・支えがあればできる・できない 介助なし・一部介助・全介助 介助を要しない移動・介助を要する移動(搬送を含む) 介助なし・介助あり 介助なし・一部介助・全介助 介助なし・一部介助・全介助 できる・出来るときと出来ないときがある はい・いいえ ない・ある			
食事形態	主食: 副菜: 制限: 無 有(Kcal 塩分 g) トロミ: 有・無 食物アレルギー() その他() 経管栄養: 胃瘻(栄養剤 朝: ml 昼: ml 夜: ml) (水分量 朝: ml 昼: ml 夜: ml) 排泄 自立・一部介助・全介助・オムツ・バルンカテーテル・ストマ・ウロストミー 入浴 自立・一部介助・全介助 睡眠 良眠・不眠 内服薬() 麻痺 無・有(右・左) 軽度・中度・重度			
コミュニケーション状況				
認知面	問題なし・物忘れ程度・暴言・徘徊・独語・その他()			
会話	可能・困難・不可			
高次脳機能障害	失語 記憶障害 注意障害 失行 失認 その他()			
行動制限	無・有(安全ベルト ミトン その他)			
医療処置状況				
気管切開	無・有(カニューレ種類: サイズ:) ※有の場合は必須			
吸引	無・有(回数 回/日) 酸素()l/min			
褥瘡	無・有(部位・大きさ) 創傷処置: 無・有(部位・処置内容)			
感染症	無・有(MRSA HBs・HCV・緑膿菌・ワ氏・ESBL) 検体:(痰・便・尿・血液・他)			
その他				
主介護者又はキーパーソン:		続柄:		
現時点での回復期退院後の予定: 自宅・介護保険施設・療養型病院 申込み: 無・有()				
その他:				

記入者

記載日: 令和 年 月 日

令和 8年 4月 1日 (最新版)