

独立行政法人国立病院機構青森病院 入院申込患者情報提供用紙(2022/8)

宛先 → 地域医療連携室：FAX：0172-62-7534

ご記入年月日 年 月 日

患者様	ふりがな		男 / 女	生年 月日	M / T / S / H 年 月 日	年齢	歳													
	お名前																			
	ご住所	緊急		①	-	-	(氏名)													
		自宅連絡先		②	-	-	(氏名)													
被保険者証	保険者番号			<input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 母子 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> その他()																
	記号・番号			<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 公災 <input type="checkbox"/> 自賠責 <input type="checkbox"/> その他()																
	公費負担番号			<input type="checkbox"/> 食事減額 <input type="checkbox"/> 限度額認定証																
傷病名・既往歴		発症年月日		アレルギーの有・無()																
・				身障手帳	無し・有り(種 級)															
・				要介護度	非・支・1・2・3・4・5・未															
現在の医療処 置について	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> インスリン ・種類..... ・回数..... ・単位.....		<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 血液・腹膜透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置(部位/) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引(頻度 回/) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 感染症(有・無・未検) MRSA(+・-) HBV(+・-) HCV(+・-) ワッセルマン(+・-)		<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着 ■機種() ■設定		<table border="1"> <tr><td>1回換気量(ml)</td><td></td></tr> <tr><td>呼吸回数(Bpm)</td><td></td></tr> <tr><td>PEEP/CPAP(cmH₂O)</td><td></td></tr> <tr><td>酸素濃度(%)</td><td></td></tr> <tr><td>I:E比</td><td></td></tr> <tr><td>備考</td><td></td></tr> </table>		1回換気量(ml)		呼吸回数(Bpm)		PEEP/CPAP(cmH ₂ O)		酸素濃度(%)		I:E比		備考	
	1回換気量(ml)																			
呼吸回数(Bpm)																				
PEEP/CPAP(cmH ₂ O)																				
酸素濃度(%)																				
I:E比																				
備考																				
患者様の状況 について	食事	自立・一部介助・全介助	普通食・粥(分)・きざみ・ミキサー・経管・胃ろう																	
	排泄	自立・一部介助・全介助	尿	尿意(有・無) / 膀胱訓練(有・無) 留置カテーテル・おむつ・リハビリパンツ・尿器・ポータブル																
		自立・一部介助・全介助	便	便意(有・無) おむつ・リハビリパンツ・手差し便器・ポータブル																
	入浴	自立・一部介助・全介助	一般浴・機械浴・その他() / 頻度(回/)																	
	移乗	自立・一部介助・全介助	*エアマットの使用(あり・なし)																	
	移動	自立・一部介助・全介助	自立・杖・手押し車・歩行器・車いす(自走・介助)																	
	麻痺	麻痺の状況																		
	着脱	自立・一部介助・全介助																		
		良好・一部困難・不可能	理解力 / 有(部分・全面)・無 言語障害 / 有・無 難聴 / 有・無 補聴器 / 有・無																	
		ナースコール(現在の使用方法)	コミュニケーション手段																	
認知	認知障害 / 有・無	記名力障害・見当識障害																		
問題	問題行動 / 有・無 有→専門医受診の有無 有(科)・無	夜間不穏・夜間せん妄・不眠・昼夜逆転・徘徊・大声・暴力・暴言・幻覚妄想・不潔行為・自傷行為・異食行為・性的問題行動・その他()																		
寝たきり度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2																			
入院の目的と理解	本人：																			
	家族：																			
記載者	施設名		職種																	
	連絡先	TEL：	FAX：	氏名																

*ご記入ありがとうございます。恐れ入りますが、下記までFAXいただきますようお願い致します。

独立行政法人国立病院機構青森病院 地域医療連携室宛 FAX：0172-62-7534 / TEL：0172-62-4055