

# 白根大通病院入院相談受付票(1)

入院目的	療養(施設待機・自宅退院準備・看取り)・ホスピス( ) * 受付番号 (No. )					
記入日 / 年 月 日	記入者氏名: 様 病院・施設名:					
フリガナ氏名	様	男女	生年月日	年 月 日	歳	
住所	〒				電話番号	
連絡先	フリガナ氏名:	様	続柄:	年齢:	歳	
	住所:					
	連絡先:	①	②			
現病名				既往歴		
経過						
	アレルギー			無 有 薬( )食物( )その他( )		
	身長/体重			cm / kg	測定日	
食事	自立	見守り	一部介助	全介助	経管栄養 ( 経鼻 胃ろう 腸ろう )	
	内容:					
	制限: 無 有				嚥下障害	無 有
	経管チューブ名・サイズ:				栄養ポンプ使用: 有 無	義歯
排泄	自立	見守り	一部介助	全介助		
	トイレ	ポータブルトイレ	尿器	リハビリパンツ	オムツ フォーレ	
	ストマ	( 尿路 消化管 )	ろう孔	( 腎瘻 膀胱瘻 其他 )		
移動	自立	見守り	一部介助	全介助		
	独歩	杖	歩行器	車椅子(自走可・不可)	リクライニング車椅子 ストレッチャー	
入浴	自立	見守り	一部介助	全介助		
医療行為	末梢点滴	CV (挿入部位: )	ポート	( 有 無 )		
	※インスリン( ) ※血糖測定 ( 検 /1日) ※指示票添付					
	気管切開(チューブ名・サイズ: )					
	吸引( 回/日) 酸素( l ) 人工呼吸器					
	その他( )					
疼痛	無 有	部位:				
皮膚状態	褥瘡	無 有	部位: 処置内容:			
	皮膚疾患	無 有	症状:			
エアマット等の使用	無 有	( エアマット 除圧マットレス )	喫煙	無 有	飲酒	無 有
感染症	B型肝炎	C型肝炎	MRSA なし	検出部位:	検査日:	その他:
視力障害	無 有(右 左)	聴力障害	無 有(右 左)	補聴器	無 有(右 左)	
運動麻痺	無 有	部位:	言語障害	無 有		
意思疎通	可能	不可能	具体的に:			
認知症等の状況	無 有(記憶力低下・見当識障害・理解や判断力の低下・不潔行為・幻覚・幻聴・声だし・暴言暴力)					
	介護への抵抗 無 有 具体的に:					
	せん妄 無 有 具体的に:					
身体拘束の有無	ミトン ( 右 左 両手 )	センサーマット	抑制帯	4点柵	その他( )	

## 白根大通病院入院相談受付票(2)

<b>療養の居室希望</b>	個室・四人部屋	<b>ホスピスの居室希望</b>	室料差額なし・A・B・C・D
<b>当院退院後</b>	病院 申込先:		
	老健 申込先:		
	特養 申込先:		
< 本人、ご家族の希望・今後の方針など > ※有無だけではなく、内容もご記入ください ① 告知 本人: _____ 家族(続柄: _____): _____			
② 推定予後の告知 本人: _____ 家族(続柄: _____): _____			
③ 入院にあたってのご希望 本人: _____ 家族(続柄: _____): _____			
<b>DNARの同意</b>	無 ・ 有      いつ・誰に: _____		
<b>家族構成</b>	キーパーソン氏名: _____ 様      続柄: _____		
	_____		
<b>経済状況</b>	年金      給与      生活保護      低所得 ( C 区分 I 区分 II )      その他 ( _____ )		
<b>身体障害者手帳</b>	無      有 ( 障害名: _____ 級 ) <b>特定疾患</b> 無      有 ( 病名: _____ )		
<b>介護保険</b>	無      有      介護度: _____ (有効期間: _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日まで)		
	担当ケアマネージャー: _____		
	サービス利用状況: _____		
<b>その他</b>	職業: _____		
	趣味: _____		
<b>備考</b>	_____		

**\* 入院に関してのお問い合わせ先 \***

白根大通病院 地域連携室  
 〒950-1203 新潟市南区大通黄金4丁目14番2号  
 TEL : 025-362-0310(直通)  
 FAX : 025-362-0306(直通)