

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	無	有
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)

療養の居室希望	個室・四人部屋	ホスピスの居室希望	室料差額なし・A・B・C・D
当院退院後	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:)：			
DNARの同意	無 ・ 有 　いつ・誰に：		
家族構成	キーパーソン氏名： 様 続柄：		
経済状況	年金 給与 生活保護 低所得(区分Ⅰ 区分Ⅱ) その他()		
身体障害者手帳	無 有 (障害名: 級) 特定疾患 無 有 (病名:)		
介護保険	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:		
その他	職業:		
	趣味:		
備考			

*** 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)