

## 紹介患者さん事前受付用紙（入院用）

浜脇整形外科病院 地域連携室 行 年 月 日

FAX：(082) 240-1291

TEL：(082) 240-1240

&lt;紹介元&gt;

医療機関名

所在地

担当者

電話番号

FAX番号

●診療情報提供書・検査データも一緒にご送信下さい。

●持参薬を出来るだけ多目にお持ちください。

## 患者基本情報

ふりがな				生年月日		性別
氏名	様	年	月	日	年齢	才 男・女
住所	〒 -					TEL:
保険	社保 ・ 国保 ・ 後期 ・ 労災 ・ 自賠 ・ その他 ( )					
算定している入院料の種類				二次性骨折予防管理料の算定	無 ・ 有	

○病名

○入院目的  検査  OP目的  リハビリ

○転院日 年 月 日 到着時間

○来院方法 ( 救急車 ・ 介護タクシー ・ 自家用車 )

## ●患者さんの情報

## ●医療行為

身長	cm	体重	kg	インシュリン	無 ・ 有
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			尿道カテーテル	無 ・ 有
更衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			経管栄養	無 ・ 有
移動	自立 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ ベッド上			酸素	無 ・ 有
転倒転落リスク	無 ・ 有 (対応状況 )			吸引	無 ・ 有
問題行動	無 ・ 有 ( )			精神疾患	無 ・ 有
暴言暴力	無 ・ 有 ( )			内服・点眼	無 ・ 有
コミュニケーション	問題なし ・ 問題あり ( )			点滴	無 ・ 有
キーパーソン			続柄	認知症	無 ・ 年相応 ・ 有
退院後の予定	自宅 ( 独居 ・ 同居 ) / 有料老人ホーム / サ高住 / グループホーム / その他 ( )				
介護度	要支援 ( 1 ・ 2 ) / 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) / 未申請 / 更新中 / 区分変更中				
居宅 ( 包括 ) 名				ケアマネ名	
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助				
食種	常食 ・ 治療食 ( )				
主食	米飯 ・ 軟飯 ・ 全粥 ・ 粥ゼリー				
形態	普通 ・ 嚥下調整食 ( 分類コード 4 ・ 3 ・ 2 ) とろみ ( なし ・ 薄い ・ 中間 ・ 濃い )				
感染症				その他特記事項	

## ●ペースメーカー、クリップ、インプラント等

挿入物	無 ・ 有 ( )	MRI撮影	可 ・ 不可
-----	-----------	-------	--------

## ●部屋希望

第1希望

第2希望

第3希望

※救急入院の関係でご希望に添えないこともございますのでご了承ください。

①個室：30,800円 ( 冷蔵庫・洗面・WC・バス・キッチン・机・洋服入れ・ソファ )

②個室：13,200円 ( 冷蔵庫・洗面・WC・シャワー・ソファ )

③個室：11,000円 ( 冷蔵庫・洗面・WC・ソファ )

④個室：8,800円 ( 冷蔵庫・洗面・ソファ・デスク&amp;チェア )

⑤4人部屋：無料 ( 洗面 )

\*当院記入欄

担当医	Dr	指導医	Dr	サブ医	Dr	処方依頼	入院日 診察
-----	----	-----	----	-----	----	------	-----------