

# 入院申込書

医療法人 醇和会 有島病院  
 TEL 0954-65-4100  
 FAX 0954-65-4102

紹介元	医療機関名(施設名等)								
	医師名・看護師名等								
患者様 氏名	(フリガナ)			生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳				
				性別	男・女				
住所	〒			電話番号					
				携帯番号					
保険種類	国保	社保	前期高齢	後期高齢	生保	公費	その他:		
保険者番号				公費負担番号					
記号番号				受給者番号					
介護保険者番号	※保険の種類、番号は必ず記入をお願いします。								
事業所名				ケアマネージャー名					
医療限度額	現役並み	Ⅱ	Ⅱ	Ⅰ	一般	低所得	Ⅱ	Ⅰ	
介護保険負担限度額	第1段階	第2段階	第3段階	1	2	第4段階			
障害者手帳	有・無 ( 等級 )								
主病名				既往歴					
発症日	年 月 日								
介護度	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5・未申請・更新中								
有効期限	年 月 日～			年 月 日まで		認知	有・無	身障手帳	有・無
考えられる医療区分	1	2	3	トイレ使用	自立	一部介助	全介助		
A D L 状況	自立	一部介助	全介助	入浴	自立	一部介助	全介助		
ベッド上の可能性	自立	一部介助	全介助	更衣	自立	一部介助	全介助		
移乗	自立	一部介助	全介助	コミュニケーション	自立	一部介助	全介助		
移動	自立	一部介助	全介助						
食事	※形態のご記入をお願いします。			自立	一部介助	全介助	形態:		
問題行動	有・無	・徘徊・昼夜逆転・暴力行為・異食行為・自傷行為			・その他:				
人工呼吸	有・無	透 析		有・無	I V H	有・無			
気管切開	有・無	経管栄養		有・無	点 滴	有・無			
酸 素	有・無	喀痰吸引		有・無	インスリン	有・無			
感 染 症	有・無	M R S A	H C V	H B	疥癬	その他:			
褥 瘡	有・無	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	部 位:			
◎今後の方向性 (家族・本人希望含む) ①在宅復帰 ②施設入所 ③入院継続									
【備考欄】 ※服薬中の情報もあわせてご提供下さい。									