

入院予約票（令和 年 月 日）

氏名: 様		男・女	連絡先(続柄)	
生年月日: 大正・昭和・平成 年 月 日 歳			1) 自宅TEL: - - () 携帯TEL: - - ()	
住所:			2) 自宅TEL: - - () 携帯TEL: - - ()	
入院申込年月日: 令和 年 月 日				
主病名(発症・受診日):				
リハビリテーション: 無・有(起算日: 疾患名:)				
クリティカルパス: 無・有(大腿骨頸部骨折・脳卒中)				
既往:				
感染について:・HBs Ag(一・+)・HCV Ab(一・+)・梅毒(一・+)・MRSA(一・+:検体)・その他				
他科受診の有無		有: 精神科・眼科・泌尿器科・皮膚科・その他() ※各診療科の診療情報提供書の添付をお願いします。 無: 身長() 体重()		
ADL	食 事	: ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ TPN・PPN () ☐ 経管栄養 (胃ろう・経鼻)		
	排 泄	: ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()		
	歩 行	: ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()		
	会 話	: ☐ 成立 ☐ 困難 ☐ できない ()		
	吸 痰	: 無・有 (1日8回以上)		
	認 知 症	: 無・有 (軽度・中度・重度)		
	問題行動	: 無・有		
	抑 制	: 無・有 (胴・ミトン・その他)		
<家族構成>			<患者及び家族の要望>	
キーパーソン:			・ 在宅希望 ・ 施設、他院紹介希望	
対応	介護保険: 未申請・申請中・介護度 ()			
	ケアマネ: (所属:)			
	桜井病院以外の対応			
	医療機関予約: 未・予約済み・予約予定 (機関名:)			
	特養施設予約: 未・予約済み・予約予定 (施設名:)			
老健施設予約: 未・予約済み・予約予定 (施設名:)				
その他 ()				
個人情報保護法について: ・オープンで良い・保護希望				