

# 入院・入所 受付票

紹介元病院・施設：

さま

受付日：令和 年 月 日

入院・入所 希望者		ご施設担当者	
フリガナ			
氏名：	様 (男・女)	( SW・NS・CM )様	
生年月日：	大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		
本人住所：		キーパーソン：続柄( )氏名( )	
		住所：	
医療保険情報	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 身障 級 <input type="checkbox"/> 重度障害 その他：		
特定医療費(指定難病)受給者証	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名： )		負担減額認定証： <input type="checkbox"/> 区分Ⅰ <input type="checkbox"/> 区分Ⅱ
介護度	要介護 ( )・要支援 ( )	未申請・区分変更 (中・済)・更新 (中・済)	

<身体状態>

視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 全盲
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> ほとんど聞き取れない <input type="checkbox"/> 話せない
麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
皮膚	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (発赤・発疹 部位： )
リハビリ介入 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 起算日：	
疾患名：	
( <input type="checkbox"/> 心 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 廃 <input type="checkbox"/> 運 <input type="checkbox"/> 呼 )	
摂食機能療法 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 開始日：	

<精神状態>

認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 認知度( I IIa IIb IIIa IIIb IV M )
問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 感情不安 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 (センサー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 不潔行為 (ミトン： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし、介護衣： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> その他 ( )
意思伝達	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 通じにくい <input type="checkbox"/> ほとんど通じない <input type="checkbox"/> 全く通じない
意思決定	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 不可能
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 眠剤 ( )

<生活>

食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティングのみ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 絶食
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 特食 ( )
	<input type="checkbox"/> 粥 (全 7分 5分 ミキサー)
	<input type="checkbox"/> 副食 (普通 軟菜 キザミ ミキサー トロミ その他)
経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 注入内容：
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バル留置 <input type="checkbox"/> ストマ
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <b>【補助具】</b> <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2

<処置>

気管切開	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	カニューラ：
酸素	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( L)
吸引	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 回/日)
点滴	<input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> CVカテ部位( )
	<input type="checkbox"/> CVポート 点滴内容： 経口摂取併用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
インリン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 血糖測定： ( ) 回/日
モニター	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

<備考>

既往歴・感染症・アレルギー等	身長： cm 体重： kg	家族構成
----------------	---------------	------

備考：