

※欄は記入しないで下さい

※主治医		病室		入院日	月	日
------	--	----	--	-----	---	---

診療情報提供書（入院申込書）

公益社団法人 群馬県医師会
 群馬リハビリテーション病院
 科医師

平成 年 月 日

医療機関所在地 〒
 及び名称
 TEL・FAX

御机下

医師

印

フリガナ		明大昭平	年	月	日生	男女
患者氏名	様			(才)			
患者住所	〒		職業		TEL ()		
主病名 及び 合併症	発症 昭和・平成 年 月 日						
紹介目的							
症状経過・術歴（施行日）・検査結果・治療経過 [既往歴] [現病歴] [入院中・通院中]							
アレルギー（有・無）： 薬剤（ ） 食品（ ）							
MRSA（+・-）： 喀痰 ・ 尿 ・ 褥瘡 ・ その他（ ）							
緑膿菌（+・-）		TPHA（+・-）		HBS（+・-）		HCV（+・-）	
現在の処方							
日常生活：自立・一部介助、全介助				褥瘡：（		Stage：（	
精神症状：うつ状態、見当識障害、徘徊、せん妄（				）			

※（患者 No.)

B201 (13.3) 1,000

*病院スタッフの方をお願いします。○印をつけて、もれなくご記入下さい。

記載者：

日常生活の状況				日常生活の状況			
床上安静の指示	なし	あり		口腔清潔	できる	できない	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない		食事摂取	介助なし	一部介助 (開封等セッティング含む)	全介助
寝返り	できる	ベッド柵使用	できない	嚥下障害	なし	あり 食事形態：	
起き上がり	できる (柵使用可)	できない		衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
座位保持	できる	要背もたれ	できない	他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
移動方法	自力移動 (道具使用可)	要介助	できない	危険行動	ない	ある	
	車椅子・杖・歩行器・独歩			排泄 (排泄方法)	自立	一部介助	全介助
				トイレ・ポータブル・オムツ・カテーテル			

*以下は、ご家族、病院スタッフの方、どなたのご記入でも結構です。

医療保険種別	国保 社保 労災 生保 自賠 後期高齢 福祉 自立(更生) 特疾
介護保険認定の有無	有：要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) / 無：申請中 サービス内容()
当院退院後の予定先	自宅 親族宅 医療機関・施設 その他()
当院に入院したことがありますか	1. ある()回) 年 月頃 2. ない
差額室希望	希望あり(個室・特別室) ・ 希望なし

身元保証人(入院時に保証書をご提出いただきます)

氏名	年 月 日生	続柄	住所	〒	TEL 携帯
----	--------	----	----	---	-----------

退院後の主なる介護者 *身元保証人と同じ場合でもご記入下さい

氏名	年 月 日生	続柄	住所	〒	TEL 携帯
----	--------	----	----	---	-----------

備考

--

公益社団法人 群馬県医師会
群馬リハビリテーション病院

〒377-0541 群馬県吾妻郡中之条町大字上沢渡 2136
(代表) TEL 0279-66-2121 FAX 0279-66-2900
(入院申込専用) FAX 0279-66-2159