

吹田徳洲会病院 回復期リハビリテーション病棟入院申込書

病院名 () ご担当者 ()

ふりがな 患者氏名		生年月日 年齢	年 月 日 才	性 別	☐ 男性 ☐ 女性
住所	(〒 -)	電話			
医療保険	☐ 後期高齢者 ☐ 国民健康保険 ☐ 社会保険 ☐ 共済組合 ☐ 労災 ☐ 生活保護				
入院前住居	☐ 独居 ☐ 同居（誰と： ） ☐ 施設（ ）				
KP	続柄（ ） 名前（ ） 電話番号（ ）				
入院前 ADL	☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ 介助で歩行 ☐ 歩行器での歩行 ☐ 車いす ☐ 寝たきり ☐ その他（ ）				
入院中 ADL	☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ 介助で歩行 ☐ 歩行器での歩行 ☐ 車いす ☐ 寝たきり ☐ その他（ ）				
介護保険	☐ 未申請 ☐ 申請中（新規・区分変更） ☐ 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				
急変時	☐ DNAR ☐ 心肺蘇生希望 ☐ 検討中 ☐ 未確認				
認知症	リハビリの指示がはいるか ☐ 可能 ☐ 曖昧 ☐ 不可 意思表示ができるか ☐ 可能 ☐ 曖昧 ☐ 不可 ※入院中に評価していれば HDS-R /30 MMSE /30				
食事量	主食 /10 割 、 副食 /10 割 、 補助食 /10 割				
退院先予定	☐ 自宅 ☐ 施設 ☐ その他（ ）				

※下記の全ての項目を満たしている事をご確認の上、お申込みお願い致します。

☐ 退院先は、自宅または施設（療養型病院、老健除く） ☐ 回復期リハビリテーション病棟に入院後、疾患別算定期間内に退院できる見込み ☐ 現時点で急性期治療が不要（病状安定）

TEL：06-6878-5221（連携室直通）

FAX：06-6878-5222（連携室直通）