

医療法人新生十全会

なごみの里病院・なごみの里病院介護医療院

入院・入所申込用紙

なごみの里病院 地域連携室
〒601-1423 京都市伏見区日野西風呂呂町5番地
電 話 075-572-0634
FAX 075-572-0643 (直通)

ご家族様及び紹介元の病院・施設ご担当者様へ

- ① 診療情報提供書と合わせてお申し込み下さい。
- ② 介護保険証、医療保険証のコピーを添付して下さい。
- ③ 入院（入所）の可否・入院（入所）予定日は、審査の上、後日ご連絡致します。

利用者様	フリガナ 氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日生 (歳)	
	住所	〒 -		電話	
連帯保証人	フリガナ 氏名		続柄	配偶者・子()・親・兄弟姉妹・知人 成年後見人・その他()	
	住所	〒 -		電話	自宅 携帯

連帯保証人は原則として、1.家族 2.生計を別にしている近親者 3.独立の生計者の中からお願いいたします。

別紙にも家族構成及び連絡先のご記入・ご提出をお願いいたします。

入院(所)審査結果(病院記載欄)

審査結果	可・否・保留	入院(所)予定	令和 年 月 日
入院(所)形態	医療療養病床・介護医療院		午前・午後 時 分
病 室	四人室・二人室・個室・特別室	病(療養)棟	()病(療養)棟 (車イス・リクライニング・ストレッチャー)
入院係(印)		担当医師	

費用区分 (複数回答可)	1. 社会保険(本人・被扶養者) 2. 国民健康保険 3. 後期高齢者医療保険 4. 介護保険 5. 生保 6. その他()		
要介護認定	1. 自立 2. 要支援() 3. 要介護() 有効期間(年 月 日から 年 月 日まで)		
身障手帳	有(級)・無	年金	有(約 万円/月)・無
個室希望の有無	1. 有 2. 無		
ご家族の希望 や心配に思う ことなど		入院(所)希望 理由・目的	

生活の状況

現在の所在	1. 病院 (名称:) 2. 施設 (名称:) 3. 在宅	家族構成図 男性は□、女性は○、死別は/ (斜線)、 本人は[], キーパーソンは↓、同居者は線で囲む。
家族状況 (在宅のみ)	1. 独り暮らし 2. 老夫婦二人暮らし 3. ()と同居 4. その他(具体的に)	

既往歴など

既往症	がん 無・有 部位 (頃)	感染症	B型肝炎: 無・有	
	結核 無・有 (頃)		C型肝炎: 無・有	
	糖尿病 無・有 (頃)		耐性菌、その他(具体的に)	
	高血圧 無・有 (頃)			
	脳卒中 無・有 (頃)			
	狭心症 無・有 (頃)		アレルギー	薬剤: 無・有
	心筋梗塞 無・有 (頃)			食物: 無・有
	不整脈 無・有 (頃)			その他(具体的に)
	喘息 無・有 (頃)			
	白内障 無・有 (頃)		嗜好	喫煙の習慣: 無・有 (本/日)
緑内障 無・有 (頃)	飲酒の習慣: 無・有 (/日)			
骨折 無・有 (頃)	入院中は喫煙、飲酒できません。			
その他 ()				
手術	部位: (頃) 部位: (頃)	輸血や注射で具合が悪くなったこと: 無・有 有の場合、具体的に:		

特別な医療・処置

1. 点滴 2. 中心静脈栄養(TPN) 3. 経管栄養(経鼻) 4. 経管栄養(胃瘻) 5. 経管栄養(腸瘻) 6. 痰の吸引(回/日) 7. 酸素吸入 8. 気管切開 9. 非侵襲的陽圧換気(NPPV) 10. 人工呼吸器 11. 導尿 12. 尿路カテーテル留置 13.膀胱瘻 14. 尿路変更(ウロストーマ) 15. 人工肛門(ストーマ) 16. 褥瘡の処置 17. 難治性皮膚潰瘍(足壊疽など)の処置 18. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度など) 19. ペースメーカー 20. 抗がん剤 21. 医療用麻薬による癌性疼痛コントロール 22. 血液透析 23. その他(具体的に):

療養上の問題 (施設の方が記入してください)

自立度	障害性高齢者の日常生活自立度 J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2 認知症高齢者の日常生活自立度 0 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M
視覚・聴覚	視力障害(無・有) 難聴(無・有) その他(具体的に):
麻痺・筋力低下	(無・有) (完全・不全) (痙性・弛緩性) (右上肢・右下肢・左上肢・左下肢)
精神状態	意識障害(無・有) 認知障害(無・有)
行動および精神 心理学的症状	易怒性(無・有) 大声(無・有) 介護への抵抗(無・有) 暴力行為(無・有) 不潔行為(無・有) 脱衣行為(無・有) 昼夜逆転(無・有) 離床行為(無・有) 徘徊(無・有) 幻覚・妄想(無・有) 抑うつ(無・有) 性的迷惑行為(無・有) 上記行為の90日間の変化 (変化なし 改善 悪化) 具体的に ()
監視・抑制	つなぎ服(無・有) ミトン(無・有) 体幹抑制(無・有) 車椅子ベルト(無・有) ベッド4点柵(無・有) センサーマット(無・有) 低床ベッド(無・有) 薬物投与(無・有) その他()

日常生活動作

動作	介助レベル	備考
食事	経口(一人でできる・見守りや準備・部分介助・全介助) 義歯 (総 ・部分 ・無) 食器 (箸 ・スプーン ・自助具) 水分補給 (コップ ・吸い呑み ・マグマグ ・ストロー) 経鼻 ・ 胃ろう (抜去 無 ・ 有) (嚥下障害:無 ・ 有) 上記の状態について90日間の変化 (変化なし 改善 悪化) 自分で食べる事ができていたのはいつ頃までですか? ()	配膳は含まない
更衣	現在の状態について 一人でできる ・ 準備や見守り ・ 部分介助 ・ 全介助 上記の状態について90日間の変化(変化なし 改善 悪化) 介助が無い状態で着替えが出来ていたのはいつ頃までですか? ()	パジャマの 着替えが可能かで判断

排 泄	一人でできる・見守りや準備・部分介助・全介助 (尿意: 有・無) (便意: 有・無) (カテーテル留置: 有・無) (トイレ・ポータブルトイレ・尿器・リハビリパンツ・オムツ・人工肛門) 排便習慣 毎日・()日毎など不定期 下剤使用(有・無) 上記の状態について90日間の変化(変化なし 改善 悪化) 自分でトイレに行っていたのはいつ頃までですか?()	ズボンの上げ下げが 可能か
入 浴 保 清	入浴(一人でできる・準備や見守り・部分介助・全介助) 洗面(自立・見守り・一部介助・大部分介助・全介助) 口腔ケア(自立・見守り・一部介助・大部分介助・全介助) 整髪(自立・見守り・一部介助・大部分介助・全介助) 1人で入浴出来ていたのはいつ頃までですか?()	清拭は全介助とする
寝 返 り	一人でできる・準備や見守り・部分介助・全介助 上記の状態について90日間の変化(変化なし 改善 悪化)	柵につかまってもよい
起 上 げ	一人でできる・準備や見守り・部分介助・全介助 上記の状態について90日間の変化(変化なし 改善 悪化)	柵につかまってもよい
座 位 保 持	一人でできる・準備や見守り・部分介助・全介助 上記の状態について90日間の変化(変化なし 改善 悪化)	柵につかまってもよい
移 動	自立・一部介助・介助 補助具(車椅子・歩行器・押し車・4点杖・1本杖) 上記の状態について90日間の変化(変化なし 改善 悪化) いつ頃まで自分で歩けていましたか?()	病棟内の移動が可能か
意 思 の 伝 達	良好・やや困難・困難 ナースコール(押せる・押せない) 上記の状態について90日間の変化(変化なし 改善 悪化)	基本的な会話が可能か
指 示 の 理 解	良好・やや困難・困難 上記の状態について90日間の変化(変化なし 改善 悪化)	簡単な指示に 従うことが可能か
記 憶 や 判 断 力	良好・やや困難・困難 上記の状態について90日間の変化(変化なし 改善 悪化)	自分で判断できるは良好 促すことで判断できる
転 倒	いままでに転倒した事がありますか?(ある・ない) いつごろ転倒しましたか()	何ヶ月前、何年前 と記入して下さい。
体 重	体重の変化はありますか?(変化なし・減少・増加) いつごろより変化しましたか()	体重の増減については 5%~10%を目安にする。
手 段 的 ADL	下記の事柄について izzogoroまで自分で出来ていましたか? 買い物() 家の掃除() 料理() 通帳管理・公共料金の支払い等() 電車・バス・タクシー等・交通機関の利用()	左欄の内容が 自分で出来れば、 1人暮らしが出来る。