

佐賀リハビリテーション病院 入院予約票

地域連携室行 FAX番号 0952-25-0240

記入日(R 年 月 日)

紹介病院名	病棟	担当医師
連絡先番号	担当者名 ☐ 看護師 ☐ 連携室 ☐ MSW	科 先生

(フリガナ) 患者氏名	現在治療中の病気・既往歴 (特に癌・悪性腫瘍については記載をお願いします)
生年月日 年 月 日 (男 ・ 女 歳)	
診断名	
発症日 R 年 月 日	
手術を行っている場合は 手術日 R 年 月 日	身長 cm 体重 kg

A D L 状 況	食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 嚥下障害(経鼻経管・胃ろう) ☐ 絶食 食事内容: 食 kcal 塩分 g/日 主食: ☐ 米飯 ☐ 二炊き ☐ 全粥 副食: ☐ 形 ☐ 一口大きざみ ☐ 超きざみ ☐ ミキサー
	排泄	☐ 自立 ☐ 介助(☐ トイレ ☐ 尿器 ☐ 留置カテーテル) ☐ 普通下着 ☐ リハビリパンツ ☐ オムツ
	更衣	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
	入浴	☐ 機械浴 ☐ シャワー浴 ☐ 清拭
	移動	☐ 自立 ☐ 介助・見守り(☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ リクライニング車椅子 ☐ ストレッチャー)
	運動麻痺	☐ 無 ☐ 有: (☐ 右 ☐ 左)
	高次脳機能障害	☐ 無 ☐ 有: (☐ 注意障害 ☐ 記憶障害 ☐ 遂行機能障害 ☐ 社会的行動障害 ☐ 失語症)
そ の 他	認知・精神	☐ 問題なし ☐ 記憶力低下 ☐ 判断力低下 ☐ 意欲低下 ☐ うつ傾向 ☐ せん妄 ☐ 不穏
	行動制限	☐ 無 ☐ 4点柵 ☐ 離床センサー ☐ ミトン ☐ その他()
	医療行為	☐ 無 ☐ 有: (☐ 酸素 L/分 ☐ 点滴 ☐ 吸引 ☐ 気管切開 ☐ インスリン ☐ 褥瘡)
	感染症	☐ HCV抗体(+, -) ☐ HBs抗原(+, -) ☐ TPHA(+, -) ☐ MRSA ☐ CRE ☐ 未検査 ☐ その他

保険種別	☐ 社保 ☐ 国保 ☐ 後期高齢 ☐ 労災 ☐ 自賠責 ☐ 生活保護 ☐ その他(難病等)
介護保険	☐ 未申請 ☐ 申請中 ☐ 介護度(要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5)
家族構成	☐ 独居 ☐ 同居者あり() キーパーソン: 続柄() (同居・別居)
本人・家族の希望	記入例: トイレ動作が自分でできるようになれば在宅
部屋希望	☐ 個室(6050円/日 税込) ☐ 特別室(8800円/日 税込) ☐ 多床室(2人部屋・4人部屋) ※多床室は差額室料はかかりません
転院可能な時期	☐ いつでも可 ☐ 月 日以降
備考	

* 本様式は診療情報提供書ではございません
入院時には診療情報提供書とあわせて貴院で行われた血液型、感染の情報を含めた血液検査のデータも添えていただきますようご協力よろしくお願いいたします。

※下記は佐賀リハビリテーション病院記入欄

紹介先連絡日 年 月 日 連絡者 受理者 ID:

令和8年7月改定