

### 入院申込書兼入院利用者様情報

申込日	令和 年 月 日 ( )	申込者	氏名: _____ 続柄( )	
			連絡先: _____	
利用者名	様	男・女	明・大・昭・平成 年 月 日 ( )	
住所	〒 _____		連絡先	自宅
				携帯
医療保険	社会保険・国民健康・後期高齢者医療 その他( )		負担限度額区分	段階
身体障害者手帳	無・有 ( )		高額療養費	無・有
生活保護	<福祉事務所>住 所: _____ 担当者: _____ 連絡先: _____			
介護保険	未申請・要介護( )	認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
	<居宅事業所> 事業所名: _____ 担当ケアマネ: _____ 連絡先: _____			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号
	①			
	②			
	③			
家族構成	<生活歴>			
<既往歴・現病歴>		<服薬>		
<処置・治療内容>				

- ・ 太線で囲っている項目につきましては、必ずご記入頂きますよう、お願い致します。
- \* それ以外の項目につきましては、分かる項目だけご記入頂ければ、後日(入院面談時含む)にご確認させていただきますので、空けておいて下さい。

	医療機関名	診療科	連絡先
かかりつけ医		科 Dr	
急変時希望		科 Dr	
避けたい病院		科 Dr	
感染症	無・有 ( HBS HCV MRSA )	褥瘡	無・有(部位: 大きさ: )

肢体	麻痺 ( 有・無 ) 拘縮 ( 有・無 )	(特記事項)	
移動	独歩・杖・歩行器・車椅子	(特記事項)	
移乗	自立・見守り・一部介助・車椅子	(特記事項)	
寝返り	自立・要介助	(特記事項)	
視力	可・不可	(特記事項)	
聴力	可・不可	(特記事項)	
会話	可・簡単な会話なら可・不可	(特記事項)	
食事	自立・一部介助・全介助	嚥下	ムセ ( 有・無 )
	治療食	高血圧食・心臓食・腎臓食・DM食・肝臓食・その他( )	
	主食	普通・軟飯・お粥・ペースト	補助食 ( 有・無 ) 内容:
	副食	普通・軟菜食・一口大・きざみ・極きざみ・ペースト・そふ丸	
	トロミ	無・有 (トロミの強さ: 弱 中 強)	(特記事項)
義歯	自歯・部分入歯・総入歯		
アレルギー (食物)	無・有 ( )		
アレルギー (薬)	無・有 ( )		
好きな食べ物		嫌いな食べ物	
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助		
排泄	日中: 自立・トイレ・PTイレ・リハパン・オムツ		
	夜間: 自立・トイレ・PTイレ・リハパン・オムツ		
認知症	無・有		
<退院後の本人・ご家族の意向>			
<備考>			