

医師判定 可・保・否	ID:								
	入院日	月	日	()	:				着
	病棟	B3	()	・	R2	()			Dr
	※入院受付後 PCR検査あり A棟外来13番へ案内								

患者依頼情報書

依頼先		担当者	
依頼日	月	日	()
		FAX着日	月
			日

フリガナ 患者名	男 ・ 女	年齢	歳
		生年月日	年 月 日
病名	脳血管・運動器・廃用 (起算日 月 日)		
ADL	意思疎通	不穏・抑制 無・有 (備考:) Nsコール 押せる・押せない	
	リハビリ		
	特記事項	麻痺: 無・有 (不全・完全 右・左・対) 医療行為: 無・有 (備考:)	
その他	既往		

保険 (割合)	後期・国保・社保・生保・自賠・公費 (難病・障害・その他) 1・2・3割 限度額(ア・イ・ウ・エ・オ /低所得 I・II 現役並 I・II)		
入院前 ADL	自立・一部介助・全介助	介護保険	無・変更中・申請中
			要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
家屋状況	戸建・マンション(階)・EV(有・無) 階段昇降 (必要・不要)	【家族構成】 K.P()	
サービス 利用	ヘルパー : 回/週 デイサービス: 回/週 訪問看護 : 回/週 訪問診療 : 有・無		
病床希望	大部屋・個室		
備考	当院希望の理由() 今後の方針:(自宅・施設・検討中)		