

NTT 東日本伊豆病院入院申込書（内科・地域包括・精神科・回復期リハ）

ふりがな			生年月日	明・大・昭・平・令		男・女
患者氏名			年	月	日（歳）	
現住所	（〒 ）					
	電話番号（ ）					
緊急連絡先	住所（〒 ）					
	氏名		（ご関係）		電話番号	（ ）
患者職業			退院見込先	自宅・その他（ ）		
病室希望	個室・4人部屋・どちらでもよい		住居の状況	居室：1階・2階・ 階 家屋改造：未・済（ ）		
家族構成 (主介護者○)	続柄	年齢	職業	健康状態	同別居	
				良・	同・別	良・
				良・	同・別	良・
				良・	同・別	良・

日常生活動作 現在の状況について該当する方に○をつけてください。

状 況		参 考 基 準	
食 事	要介助 ・ 自立 食事の種類(常食・粥食・ 経管栄養(無・有))	配膳等の準備は含まない 経管栄養は要介助とする	
排 泄	要介助 ・ 自立 留置カテーテル(無・有)	移乗は含まない。留置カテーテルは要介助とする。	
更 衣	要介助 ・ 自立	パジャマ程度の更衣が可能かどうか	
整 容	要介助 ・ 自立	歯磨き、洗面、ひげ剃りなど	
入 浴	要介助 ・ 自立	清拭は要介助とみなす	
コミュニケーション	要介助 ・ 自立	基本的な意思の疎通が可能かどうか	
寝 返 り	要介助 ・ 自立	柵を使用してもよい	
起き上がり	要介助 ・ 自立	柵を使用してもよい	
座位保持	要介助 ・ 自立	柵につかまっけてもよい	
移 乗	要介助 ・ 自立	ベッドと車椅子の乗り移りが可能かどうか	
移 動	要介助 ・ 自立 移動手段(歩行・車椅子・)	病棟内の移動が可能かどうか	
身 長	c m	体 重	k g
MRI 検査	体内金属あり(金属名:)		体内金属なし
	可 ・ 不可 ・ 条件付可 ・ 不明		

(注)「NTT東日本伊豆病院 地域医療連携室入院担当」宛にご送付下さい。(I、II-1、II-2で3枚です)

〒419-0193 静岡県田方郡函南町平井 750 NTT東日本伊豆病院 地域医療連携室
電話 055-978-2322 FAX 055-979-3098

(当院での記載欄) ※ FAX送信される場合は、必ず到着の確認をお願いいたします。

受付番号		受 付	年 月 日
ID番号		保険区分	NTT・社保・国保・労災・自費・老
入院判定			
病 棟	4-A・4-B・3-A・3-B	主 治 医	