船橋市立リハビリテーション病院　入院申込書　（FAX047-439-1692）

お申込み翌日～3日以内にお返事いたします。万一当院から連絡が無い場合、恐れ入りますが、入院相談担当SW宛にご連絡くださいますようお願い申しあげます。

病院名		病棟		判定結果連絡先	TEL 御担当（　　様）
患者イニシャル		□ 男 □ 女			
生年月日	M・T・S・H　　年　　月　　日	年齢	歳	身長・体重	□ 180cm以上 □ 80kg以上
患者居住地	□ 船橋市 □ 市川市 □ 鎌ヶ谷市 □ 浦安市 □ 八千代市 □ 習志野市 □ 松戸市 □ 柏市 □ 白井市 □ 印西市 □ 千葉市稲毛区 □ 花見川区 □ 美浜区 □ その他（　　）				
回復期病名	□ 脳梗塞 □ 脳出血 □ クモ膜下出血 □ 脊髄損傷 □ 頭部外傷 □ 下肢骨折 □ 脊椎骨折 □ その他の骨折（　　） □ 廃用症候群 （起因となった疾患・外科手術:　　） □ その他（　　）				
発症日・診断日	年　　月　　日	最終手術日	年　　月　　日	術式	

神経症状(身体)	□ なし □ 右片麻痺 □ 左片麻痺 □ 対麻痺 □ 四肢麻痺 □ 失調
移動	□ 歩行自立 □ 見守り・介助歩行 □ 車いす自立 □ 車いす介助 □ ストレッチャー
その他	□ 経管栄養なし □ 経管栄養あり （ □ 経鼻 □ 胃瘻 □ 腸瘻 □ 経口・経管栄養併用 ） □ 吸引なし □ 吸引あり （ □ ～1時間ごと □ 1時間～2時間未満ごと □ 2時間～ごと ） □ 酸素なし □ 酸素あり （　　リットル／分 ） □ 点滴なし □ 点滴あり （ □ 末梢 □ CV □ ポート ） □ 気管切開なし □ 気管切開あり
精神状態など	□ 問題なし □ 問題あり （ □ 混乱・常時抑制 □ 夜間せん妄 □ 大声 □ 暴言・暴力 ） □ 治療を要する精神疾患 （ 病名:　　）

希望病床	□ 未定 □ 4人床 □ 個室
その他の特記情報	

【判定に必要となる資料】

①入院申込書 ②診療情報提供書 ③薬剤情報(持参薬も含め) ④採血データ(血算・生化学)

※パスで相談の場合、① ②は必要ありません。③は診療情報提供書もしくはパスに記載されてあれば必要ありません。

【受け入れ基準】

当院へ入院する時点で、以下の条件を満たしていることが条件となります。

◆全身状態が安定しリハビリが可能な状況であり、回復が見込まれること

◆治療を優先する併存疾患がないこと

◆経管栄養は、1日3回まで。1回の滴下時間が2時間以内であること

◆吸引は、日中・夜間通じて、2時間以上の間隔が空いていること

◆酸素投与量は、2リットル/分以下であること

【廃用症候群の患者さまのご相談につきまして】

◆診療情報提供書に、①廃用症候群の診断名・診断日②廃用症候群に至った経過を明記してください。

◆「歩行自立」「見守り・介助歩行」にチェックされている場合は、1週間以内のFIMの評価結果を情報提供ください。

【急変時の対応につきまして】

◆当院は、回復期リハビリテーションを専門とした、リハビリテーション単科の病院です。急変時の患者さまの治療には限りがあります。
その際には、貴院にて速やかに受け入れのご対応をくださいますよう、ご協力のほどお願い致します。