

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上げます。

病院名	病棟	判定結果	Tel	TEL
患者イニシャル	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	連絡先	御担当()	様)
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	年齢	身長・体重	<input type="checkbox"/> 180cm以上 <input type="checkbox"/> 80kg以上
患者居住地	<input type="checkbox"/> 船橋市 <input type="checkbox"/> 市川市 <input type="checkbox"/> 鎌ヶ谷市 <input type="checkbox"/> 浦安市 <input type="checkbox"/> 八千代市 <input type="checkbox"/> 習志野市 <input type="checkbox"/> 松戸市 <input type="checkbox"/> 柏市 <input type="checkbox"/> 白井市 <input type="checkbox"/> 印西市 <input type="checkbox"/> 千葉市稲毛区 <input type="checkbox"/> 花見川区 <input type="checkbox"/> 美浜区 <input type="checkbox"/> その他()			
回復期病名	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> クモ膜下出血 <input type="checkbox"/> 脊髄損傷 <input type="checkbox"/> 頭部外傷 <input type="checkbox"/> 下肢骨折 <input type="checkbox"/> 脊椎骨折 <input type="checkbox"/> その他の骨折() <input type="checkbox"/> 廃用症候群 (起因となった疾患・外科手術:) <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 失調			
移動	<input type="checkbox"/> 歩行自立 <input type="checkbox"/> 見守り・介助歩行 <input type="checkbox"/> 車いす自立 <input type="checkbox"/> 車いす介助 <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
その他	<input type="checkbox"/> 経管栄養なし <input type="checkbox"/> 経管栄養あり (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 経口・経管栄養併用) <input type="checkbox"/> 吸引なし <input type="checkbox"/> 吸引あり (<input type="checkbox"/> ～1時間ごと <input type="checkbox"/> 1時間～2時間未満ごと <input type="checkbox"/> 2時間～ごと) <input type="checkbox"/> 酸素なし <input type="checkbox"/> 酸素あり (リットル/分) <input type="checkbox"/> 点滴なし <input type="checkbox"/> 点滴あり (<input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> ポート) <input type="checkbox"/> 気管切開なし <input type="checkbox"/> 気管切開あり			
精神状態など	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり (<input type="checkbox"/> 混乱・常時抑制 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力) <input type="checkbox"/> 治療を要する精神疾患 (病名:)			

希望病床	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 4人床 <input type="checkbox"/> 個室		
その他の特記情報			

【判定に必要なとなる資料】

①入院申込書 ②診療情報提供書 ③薬剤情報 ④採血データ(血算・生化学)⑤**過去2週間(もしくは入院日以降)の体温表**をFAXでお送りください。

※パスで相談の場合、①②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い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
- ◆**過去2週間程度、コロナウイルス感染症を疑う症状(発熱、嗅覚障害、味覚障害、呼吸器症状など)がないこと**

【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とBI(バーセルインデックス)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。