

天童温泉篠田病院 なごみ病棟  
入院依頼書

依頼機関名  
所在地  
依頼日 H 年 月 日

担当者  
電話

氏名	殿	(男・女)	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	歳		
住所				TEL						
連絡先 (相談者)	氏名	殿	歳	続柄						
	住所				TEL					
要介護認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済 【要支援 1 2 ・ 要介護 1 2 3 4 5】									
日常生活自立度	寝たきり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
	認知症	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> V	
《経過・相談内容》					《家族状況等》					
病名				医療機関						
合併症	高血圧 (無 有)      高脂血症 (無 有)      心房細動 (無 有)									
既往歴	糖尿病 (無 有)      ※ 服用中の薬 ( )									
心身機能	認知症	(無 有) <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 声だし <input type="checkbox"/> その他 ( )								
	麻痺	(無 有) 右・左・上肢・下肢			感染症	(無 有)				
	拘縮	(無 有)			経管栄養	(無 有)				
	言語障害	(無 有)			膀胱留置カテーテル	(無 有)				
	褥創	(無 有)			その他					
活動		自立	一部介助	全介助	備考					
	食事									
	更衣									
	移動	歩行								
		車椅子								
	移乗									
	入浴									
排泄										
《その他》 症状安定、問題解決後の方向性など										

- ①なごみ病棟への入院には、物忘れ外来の受診が必要です。
  - ②用紙を記入の上、電話又はFAXにてご相談ください。
  - ③物忘れ外来を予約・受診後、入院が必要と判断されましたら、それに必要な検査を行います。
  - ④入院日については、検査終了後に調整いたします。
- [ 連絡先 天童温泉篠田病院 電話 023-653-5711 FAX 023-653-1327 ]