

紹介状(入院申込書)

下記の患者さんを、紹介(入院申込)をいたします。

記

昭和大学藤が丘リハビリテーション病院長 殿

診療科(希望がある場合は で囲んでください)

「リハビリ科・整形外科・脳神経外科・神経内科・その他(科)」担当医 殿

フリガナ			男・女	生年	明治・大正	年	月	日生
患者氏名				月日	昭和・平成		()	歳)
住所								
電話番号	()		職業					
退院時の連絡先								
氏名				職業				続柄
住所								
電話番号	自宅	()		その他	氏名			
	勤務先	()		連絡先	続柄	()		
本人・家族の希望								
審査結果連絡先	ご本人・ご家族・その他[氏名 ()]							
入院期間 (現在入院中の期間及び他 病院の入院がある場合は病 院名を含めご記入下さい。)	今回	入院:平成 年 月 日~退院:平成 年 月 日		現在入院中				
	以前	病院名:		電話 ()				
		入院:平成 年 月 日~退院:平成 年 月 日		病院名: 電話 ()				
入院:平成 年 月 日~退院:平成 年 月 日		病院名: 電話 ()						

[注]入院の可否については、入院審査委員会で審議後、後日連絡いたします。

この面は、ご本人またはご家族が記入して下さい。

裏面は、現在診療を受けている医師に記入していただいて下さい。

(連絡先)

昭和大学藤が丘リハビリテーション病院

〒227-8518 横浜市青葉区藤が丘2-1-1

045-974-2221(代表) fax045-978-6857

以下記入不要

審査日	入院可否	担当医
平成 年 月 日	可・否	

現在の病名及び合併症	
傷病名	合併症
1、 (発症 年 月 日)	1、 (発症 年 月 日)
2、 (発症 年 月 日)	2、 (発症 年 月 日)
3、 (発症 年 月 日)	3、 (発症 年 月 日)

現在の患者の状況	
1、麻痺の程度	有(上肢 ・ 下肢 、 左 ・ 右 、 痙性 ・ 弛緩性) ・ 無
2、拘縮	有(部位: 程度:) ・ 無
3、精神状態の異常	有(不穏 ・ 興奮 ・ うつ状態 ・ 不安 ・ その他) ・ 無
4、知能障害の程度	有(軽度 ・ 中程度 ・ 重度) ・ 無
5、失語症	有(種類) ・ 無
6、排尿状態	有(バルンカテ - テル ・ 間歇的導尿 ・ オムツ ・ その他) ・ 無
7、褥瘡	有(部位: 大きさ:) ・ 無
8、伝染性疾患	有(HB ・ W氏 ・ MRSA ・ TBC ・ HCV ・ 疥癬 ・ その他) ・ 無
9、リハビリテーション	有(OT ・ PT ・ ST) ・ 無
10、その他	
用便がひとりで	可能・困難・不可能 杖なしで歩行が 可能・困難・不可能
食事がひとりで	可能・困難・不可能 杖を使えば歩行が 可能・困難・不可能
入浴がひとりで	可能・困難・不可能 (杖の種類: T字杖 ・ ロフストランド杖 ・ 松葉杖
衣服の着脱がひとりで	可能・困難・不可能 その他)
会話が自由に	可能・困難・不可能 車椅子の操作が 可能・困難・不可能

担当医の所見(症状の経過及び検査結果・治療の経過等)

現在の処方

必要がある場合は、画像診断フィルム、検査記録を添付してください。

当院へ転院の際は、「退院証明書」の発行をお願いいたします。

医療機関の 名称・所在地 電話番号 診療科 医師氏名	印
--	---

平成 年 月 日