

京都民医連あすかい病院 検査入院依頼書

「地域有床医療機関・介護施設用」

患者名 () 生年月日 (年 月 日) 性別 (男・女)

患者宅住所 ()

患者宅電話番号 ()

依頼元 () 記入者 ()

検査入院申込実施日	年 月 日 ※入院日ではなく申込日です
検査の主な目的	
依頼検査内容	<input type="checkbox"/> 嚥下機能評価入院における検査項目 (月～木の4日間入院) ・血液検査 (血算、生化学、CRP、HbA1c、BNP)、検尿 ・胸部X P、C T検査 (頭部・胸部) ・心電図、エコー検査 (心臓・腹部) ・嚥下機能評価 (嚥下造影 or 内視鏡、言語聴覚療法士評価) ※嚥下造影・内視鏡検査の同意書取得 (済 ・ 未)
	<input type="checkbox"/> 内科疾患スクリーニング入院における検査項目 (月～木の4日間入院) ・血液検査 (血算、生化学、CRP、HbA1c、BNP)、検尿、便潜血 ・胸部X P、C T検査 (頭部・胸部) ・心電図、エコー検査 (心臓・腹部)、ホルター心電図
	<input type="checkbox"/> 糖尿病合併症評価入院における検査項目 (月～木の4日間入院) ・血液検査 (血算、生化学、CRP、HbA1c、BNP、CA19-9、CEA)、検尿、便潜血 ・胸部X P、C T検査 (胸部・上下腹部) ・心電図、エコー検査 (心臓・下肢末梢動脈血管)、ホルター心電図、 神経伝導検査、PWV、眼科受診
検査実施可能条件	・座位姿勢の保持 (可 ・ 不可) ・指示の理解 (可 ・ 不可) ※嚥下指示など ・心臓ペースメーカー (有 ・ 無) ※有の場合 (種類: 設定レート:) ・体内金属物 (有 ・ 無) ※有の場合 (種類:) ・入れ墨 (有 ・ 無)
嚥下機能に関する情報 ※嚥下機能評価入院の場合のみ記載	[食事形態・摂取量] ・主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ゼリー ・副食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> やわらか・刻み <input type="checkbox"/> ミキサー半固形・ソフト <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ゼリー ・その他: <input type="checkbox"/> 補助食品 () <input type="checkbox"/> 水分にとろみ要 (濃い ・ 中間 ・ 薄い) ・食事摂取量: <input type="checkbox"/> 10割 <input type="checkbox"/> 5～9割 <input type="checkbox"/> 1～4割 [食事姿勢・道具] <input type="checkbox"/> 肘掛イス <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> リクライニング車いす <input type="checkbox"/> ベットアップ () 度 <input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン [内服管理・方法] ・管理: <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> カレンダー配薬 <input type="checkbox"/> 一日配薬 <input type="checkbox"/> 一回配薬 <input type="checkbox"/> 口まで介助 ・方法: <input type="checkbox"/> 水・お茶 <input type="checkbox"/> とろみ水・お茶 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁 <input type="checkbox"/> お茶ゼリー <input type="checkbox"/> その他 ()
入退院可能日程	月曜日の11時入院、木曜日の10時退院が基本となります。 ・入院可能日 (複数日記載して下さい) () ※入院時の付き添い (家人 ・ 施設職員) ・退院可能日 (複数日記載して下さい) () ※退院時の付き添い (家人 ・ 施設職員)