

入院時情報シート

送付先	
社会医療法人白光会 白石病院	
担当 中森	
年	月 日
TEL	099-255-0101
FAX	099-299-8180



依頼者	
年	月 日
TEL	
FAX	

件名： 入院時情報について

入院にあたり、下記にご記入いただきご返信をお願いいたします。
認知に関しては、部屋割りの都合上、漏れの無いようご記入ください。

氏名		様		歳	入院予定日	
身長	cm	体重	kg			
移動	自立	・ 車椅子	・ ストレッチャー	移乗	自立	・ 介助
排泄	自立	・ おむつ	・ リハパン	・ 尿道カテーテル	（ ）	
認知	認知症なし ・ 短期記憶障害 ・ せん妄 ・ 不穏 ・ 徘徊 ・ 暴言・暴力 ・ 不潔行為					
食事	自立	・ 一部介助	・ 全介助			
食事内容	糖尿病食 ・ 透析食 ・ 腎臓病食 ・ 経管栄養 ・ その他（ ）					
食事形態	主食	米飯	・ 全粥	副食	並菜	・ その他（ ）

※そのほか配慮が必要なことがありましたら、ご記入ください。

（ ）

※どちらからいらっしゃいますか？

（ 自宅 ・ 病院 ・ 特養 ・ 老健 ・ GH ・ 有料施設 ・ 障害者施設 ）

※退院時の付き添い、移動手段

（ 本人のみ ・ ご家族 ・ 病院 ・ 施設職員 ・ 病院搬送車 ・ 自家用車 ・ 民間救急 ）

※退院時に入院費をお支払いいただきますので、患者様にその旨お伝えください。

※間違えて送信された場合、お手数ですが、白石病院（099-255-0101）までご連絡ください。