

地域包括ケア病棟入院申込書

※紹介元の医療機関様でご記入いただき、当院連携室まで送信をお願いいたします。

紹介元 医療機関様名	TEL			
	FAX			
ふりがな			M ・ T ・ S	
患者氏名	生年月日 (年齢)		年 月 日 (歳)	
患者住所	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照 患者自宅電話番号			
キーパーソン	氏名(続柄)	()	TEL	
主な病名 入院希望理由				
患者・家族の 希望等				
入院希望日・期間	R	年	月	日 約 日間
入院方法	介護タクシー利用 <input type="checkbox"/> 寝台 <input type="checkbox"/> 車いす 自家用車利用 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行			
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 麻薬管理 その他()			
身体状況	寝返り	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	移乗	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	食事	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	すべての項目	<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 内容() <input type="checkbox"/> 介助なし 食事形態 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> その他指示 () <input type="checkbox"/> 全介助		
	排泄	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用 <input type="checkbox"/> 尿器使用 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル トイレ使用 <input type="checkbox"/> 見守り歩行 <input type="checkbox"/> 車いす誘導 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱		
清潔	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
精神状態等	認知症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	精神科疾患	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	問題行動	<input type="checkbox"/> あり (大声・徘徊・暴力行為・不潔行為)	<input type="checkbox"/> なし	
	診療・療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	()	
感染症 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(MRSA ESB� CD-トキシ 其他:)検体:(痰 尿 便 創)			
部屋希望	<input type="checkbox"/> 個室 (トイレなし) 4400円~5500円		<input type="checkbox"/> 無料床	
介護保険	介護認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援 1 2	<input type="checkbox"/> 要介護 1 2 3 4 5	
障害者保険	身障	級 (身体・精神・知的) 難病認定:		
支援事業所	支援事業者名			
	担当者名			
	TEL		FAX	
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(施設名:)			
備考				