市立加西病院　地域医療室行き　FAX:0790－42－5365

地域包括ケア病棟入院申込書

ふりがな 患者氏名		男 女	生年月日	大・昭・平 年　月　日（　歳）
患者住所			電話番号	
家族住所			家族電話番号	
かかりつけ医				
主病名				
入院希望の理由				
入院希望期間	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日			
部屋の希望	□ 多床室　□ 個室			
退院先	□ 自宅　□ 施設（種別:　施設名:　）			
医療行為	□ 褥瘡処置　□ たん吸引　□ 麻薬の管理　□ 胃ろう □ 気管切開　□ 点滴　□ 在宅酸素 □ その他（　）			
食事	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助 食事の内容（　） □ 嚥下障害あり　□ 嚥下障害なし			
排泄	□ トイレ　□ ポータブルトイレ　□ おむつ　□ 尿道カテーテル □ その他（　）			
身体状況	□ 寝たきり状態　（褥瘡マット使用　□ あり　□ なし ）　□ 車いす乗車可能 □ 歩行可能　□ その他（　）			
精神状況など	□ 不穏状態あり　□ 認知症あり　□ 認知症なし			
感染症	□ なし　□ あり			
そのほか				
家族状況	□ 独居　□ 高齢者世帯　□ 同居家族あり（　） □ その他（　）			
要介護認定 または障害区分				
ケアプラン作成者	事業所名:　担当者名:			
利用サービス	□ 訪問診療　□ 訪問看護　□ 訪問リハビリ　□ 訪問薬剤管理 □ デイサービス　□ デイケア　□ ヘルパー　□ ショート □ 福祉用具　□ 配食　□ その他（　）			

送信元: