

地域包括ケア病棟 入院申込書

在宅療養者用

ふりがな		男・女	生年月日	明・大・昭・平
氏名				
患者住所		電話番号		
キーパーソン氏名		関係		
かかりつけ 医療機関	当院・当院以外	医師名		
		電話番号		
診断名				
入院希望期間	※60日以内 (目安：) (理由：)			
入院希望理由	☐ 在宅療養生活の医療的支援 ☐ 在宅生活の継続・見直しのため ☐ 介護保険利用での受け入れ施設がない ☐ リハビリ目的 ☐ 教育入院 ☐ 施設待機等 ☐ その他() ※病状によっては、急性期病棟での受入れとなります			
退院先	☐ 自宅 ☐ 施設等 () ☐ 未定 (理由)			
医療行為	☐ 褥瘡処置 ☐ たん吸引 ☐ 麻薬管理 ☐ 胃ろう・経鼻栄養 ☐ 気管切開 ☐ 点滴 ☐ 在宅酸素・気管切開 ☐ 透析 ☐ 人工肛門 ☐ 麻薬管理 ☐ その他()			
食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	食事形状() ☐ 経管栄養			
	☐ 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 ☐ 尿カテーテル (交換日) ☐ その他 ()			
移動	☐ 寝たきり(特殊マットレス ☐) ☐ 車いす乗車可 ☐ 車いす自走自立 ☐ 歩行可(☐ 自立 ☐ 介助)			
精神状態	認知症 ☐ あり ☐ なし 問題行動 ☐ あり ☐ なし			
感染症	☐ あり () ☐ なし ☐ 不明			
部屋の希望	☐ 個室 ☐ 4人部屋			
居宅介護支援事業所	事業所名		電話番号	
	担当者名		FAX番号	
訪問看護ステーション	事業所名		電話番号	
	担当者名		FAX番号	

フェイスシートを添付される場合、記載の必要はありません。