



地域包括ケア病棟 入院申込書

ふりがな 患者氏名		生年月日	大・昭・平成 年 月 日 ( 歳)
住 所		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		
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (種別と施設名 )		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 その他 ( )		
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事の内容 ( ) <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし		
排 泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> フォーレカテーテル その他 ( )		
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態 (褥瘡マット使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 車いす乗車可能 <input type="checkbox"/> 歩行可能 その他 ( )		
精神状態など	<input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 認知症なし		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 3人部屋 <input type="checkbox"/> 多床室 (4人) ※個室・2人・3人部屋は有料となります		
その他			
要介護認定または障害区分			
ケアプラン作成 事業所名・電話 番号・担当者名			

送信元：