杉田玄白記念公立小浜病院　地域連携室行き　FAX0770－52－9255

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	明　・　大　・　昭　・　平 年　　月　　日（　　歳）
住所			電話番号	
かかりつけ医				
主病名				
処方内容				
病状・経過				
入院希望の理由				
入院希望期間	平成　　年　　月　　日　から　平成　　年　　月　　日			
部屋の希望	☐ 多床室　☐ 個室			
退院先	☐ 自宅　☐ 施設(種別と施設名:　　)			
医療行為	☐ 人工呼吸器　☐ 気管切開　☐ 点滴　☐ 在宅酸素 ☐ 痰吸引　☐ 褥瘡処置　☐ 麻薬の管理　☐ インスリン注射 ☐ 経管栄養（　経鼻　・　胃瘻　・　腸瘻　・　食道瘻　）　☐ 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　☐ なし			
排泄	☐ トイレ歩行　☐ ポータブルトイレ　☐ おむつ　☐ 膀胱留置カテーテル ☐ その他（　　）			
身体状況	☐ 寝たきり状態（褥瘡マット使用　☐あり　☐なし　）　☐ 車いす使用可能 ☐ 歩行可能　☐ その他（　　）			
精神状況など	認知症　☐ あり　☐ なし　☐ その他（　　）			
感染症	☐ あり（　　）　☐ なし			
特記事項				
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 障害支援区分	☐要支援1　☐要支援2　☐要介護1　☐要介護2　☐要介護3　☐要介護4　☐要介護5 ☐区分1　☐区分2　☐区分3　☐区分4　☐区分5　☐区分6　☐申請中　☐非該当			
ケアプラン作成者	事業所名:　　担当者:　　電話番号:			
現在利用中のサービス	☐ 訪問診療　☐ 訪問看護　☐ 訪問リハビリ　☐ 居宅療養管理指導 ☐ デイサービス　☐ デイケア　☐ ホームヘルプ　☐ ショートステイ　☐ 訪問入浴 ☐ 福祉用具　☐ その他（　　）			

送信元:　　年　　月　　日