

## 患者情報（地域包括ケア病棟申込み）

ふりがな 患者氏名		生年月日	明・大・昭・平成 年 月 日（ 歳）
住所		電話番号 家族連絡先	自宅 携帯 氏名
かかりつけ医			
主病名			
入院希望の理由	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> リハビリ目的 <input type="checkbox"/> （ ）		
入院希望期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日		
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設（施設名 ）		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡・創処置 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <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（ 全粥 汁物とろみ ） <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"/> バルーンカテーテル 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 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 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（1日 円） <input type="checkbox"/> 2人部屋（1日 円） <input type="checkbox"/> 多床室 <b>※病状やベッド空き状況により、即ご希望にお応えできない場合があります。随時調整させていただきますのでご了承ください。</b>		
その他			
要介護認定または障害区分	要介護（ ） 要支援（ ） 障害区分（ ）		
ケアプラン作成 事業所名・電話番号・担当者名	事業所名： 電話番号： 担当者：		

送信元：