

地域包括ケア病棟入院申込書

ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和・平成
患者氏名			年 月 日 (歳)
住所			
電話番号			
入院希望の理由			
入院希望期間	令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()		
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 (薬・栄養) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他 ()		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 胃管チューブ 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"/> 尿道留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人口膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ()		
身体状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ベッド上 (褥瘡マットの使用 あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>) <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 ()		
家族状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族あり () <input type="checkbox"/> その他 ()		
要介護認定 又は障害区分	<input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 障害区分 ()		
かかりつけの 医療機関			
ケアプラン作成者	事業所名 : 担当者名 : 電話番号 :		
その他 特記事項			
ご依頼元	診療所・事業所名 :		