

地域包括ケア病床(4西病棟)入院申込書

| | | | |
|-------------|--|-------|-----------------|
| フリガナ | | 生年月日 | 明・大・昭・平成 |
| 患者氏名 | | | 年 月 日()歳 |
| 住所 | | | |
| 電話番号 | | | |
| キーパーソン | 氏名 | 続柄 | |
| かかりつけ医 | | | |
| 主病名 | | | |
| 入院希望期間 | 令和 | 年 | 月 日 から 令和 年 月 日 |
| 入院目的 | | | |
| 退院先 | 自宅 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 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 <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"/> 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"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 意志の疎通 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 理由: <input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 感染症 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() | | |
| 病室の希望 | <input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 個室(<input type="checkbox"/> 1日8,800円 <input type="checkbox"/> 1日14,300円 <input type="checkbox"/> 1日18,700円) | | |
| そのほか | | | |
| 要介護認定 | | 障害区分 | |
| ケアプラン作成事業所名 | 電話番号 | 担当者名 | |
| 備考 | ※入院希望・入院目的、退院先、病室の希望に関しては、本人・家族等の同意がされていることとする。 | | |
| 申込者名: | 続柄: | 電話番号: | |
| 送信元: | | | |