地域包括ケア病棟　入院希望用紙

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡者 | 訪問看護・ケアマネージャー　事業所名： | ⇒ | 対応者 | 碧南市民病院　患者サポート室 |
| 担当者： |
| ＴＥＬ： | TEL：0566-48-5050（代） |
| ＦＡＸ： | FAX：0566-46-3774 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 （ 　　歳） |
| 患者住所 |  | 連絡先 | 氏名：　　　　　　 　　　　　　（続柄：　　 　　） |
| TEL： |
| 病 名 |  | 既往歴 |  |
| 入 院 希 望 理 由 | 退　院　先：　□自宅　　□施設（　　　　　　　 　　 ）　□その他（ 　　 　　 　　　　　）入院希望期間：　　　　　　年　　月　　日 ～ 　　　　　年　　月　　日 （約　　 日間）リハビリ状況：　無 ・ 有（□通院リハ (週　　回）□通所リハ(週　　回）□訪問リハ(週　　回）)入院同意確認欄：　□本人 　□家族（　　　　 　 　） 連絡確認欄：　□かかりつけ医 □ケアマネージャー |
| かかりつけ医 | 機　関　名 | 頻 度 | 治　療　病　名 |
|  | 回／ |  |
|  | 回／ |  |
|  | 回／ |  |
| 介護情報 | 介護保険: 無 ・ 有 （支援１・２、介護１・２・３・４・５）　　サービス利用：　無 ・ 有 |
| 事業所名： | 担当者名： |
| 介護・医療情報 | 食事形態：（ 　　　　　　　　　　　 ）□自立　 □セッティング 　□全介助 | □経管栄養（　 　回／日、１回　　 　　ml） |
| □インスリン自己注射（ 頻度　　回／日） |
| 失禁： 無 ・ 有 （□オムツ、リハビリパンツ使用）　　介助の程度： □自立　□部分介助　□全介助 |
| 精神面: □問題なし　□問題あり（□徘徊、□暴言、□暴力、□多動、その他（ ） |
| □吸引（頻度　 　回／日） | □酸素（　　　Ｌ） | □CIC（頻度　　　回／日、時間 　　　 　　） |
| その他（　　　　　 　　　　　　　　　 　　　） |