

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：
	担当者：
	TEL：
	FAX：

⇒

対応者	碧南市民病院 患者サポート室
	TEL：0566-48-5050 (代)
	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： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設( ) <input type="checkbox"/> 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 ( <input type="checkbox"/> 通院リハ(週 回) <input type="checkbox"/> 通所リハ(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(週 回) ) 入院同意確認欄： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族( ) 連絡確認欄： <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 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：( )	<input type="checkbox"/> 経管栄養 ( 回/日、1回 ml)
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> インスリン自己注射 ( 頻度 回/日)
	失禁： 無・有 ( <input type="checkbox"/> オムツ、リハビリパンツ使用) 介助の程度： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	精神面： <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ( <input type="checkbox"/> 徘徊、 <input type="checkbox"/> 暴言、 <input type="checkbox"/> 暴力、 <input type="checkbox"/> 多動、その他( )	
	<input type="checkbox"/> 吸引 (頻度 回/日) <input type="checkbox"/> 酸素 ( L) <input type="checkbox"/> CIC (頻度 回/日、時間 )	
	その他 ( )	