

# 地域包括ケア病棟入院申込書

申込日: 年 月 日

患者様	ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生
	氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年齢( )歳
			連絡先	☎ — —	
	住所	〒( — )			
現在の居住地	①自宅 ②入院中または入所中→医療機関名・施設名( )				
かかりつけ医 又は 受診先	・医療機関名( ) ・病名( ) ・医療機関名( ) ・病名( )				
医療保険	国民健康保険(本人・家族) 協会けんぽ、組合(本人・家族) 共済(本人・家族) 国保退職 高齢受給者 後期高齢者 生活保護 その他( )				
介護保険	申請(未・済)/認定(未・済)→ 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				
	ケアマネジャー ・いない ・いる→ 事業所名( ) 担当ケアマネ名( )				
身体障害者手帳	無 ・ 申請中 ・ 有 → 種 級 障害名( )				
身元引受人	ふりがな		続柄	年齢	勤務先
	氏名				
	連絡先	☎ — —		☎ — —	
	住所	〒( — )			
	住所	〒( — )			
ご家族	ふりがな		続柄	年齢	勤務先
	氏名				
	連絡先	☎ — —		☎ — —	
	住所	〒( — )			
	住所	〒( — )			

入院希望理由・期間 ※簡単で結構でございますのでご記入ください

---



---



---



---

● 次ページの記入もお願いいたします

※患者様についてお聞かせください。該当するところに  をお願いいたします。

傷病名:	年 月 日(頃)発症
既往歴:	

医療行為	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 痰吸引(頻度: /1日) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置(部位:                      処置回数: 回/1日) <input type="checkbox"/> 在宅酸素( L) <input type="checkbox"/> インスリン注射 (回数 回/1日) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他( )
薬の内容	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照 <input type="checkbox"/> お薬手帳コピー <input type="checkbox"/> 特殊な薬あり( )
移動	<input type="checkbox"/> 歩行可 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 要歩行器具 ) <input type="checkbox"/> 車いす ( <input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ) <input type="checkbox"/> 寝たきり(使用マットレス等の種類 : )
排泄	日中: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル 夜間: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> その他( )
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 ) <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし <input type="checkbox"/> 経口摂取( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ) <input type="checkbox"/> 食事形態( ) <input type="checkbox"/> とろみあり <input type="checkbox"/> とろみなし <input type="checkbox"/> 水分のみ とろみ
身体症状等	<input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 認知機能障害( ) <input type="checkbox"/> 問題行動あり( <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 危険行動 <input type="checkbox"/> 徘徊 )
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族あり-同居家族記入下さい-( ) <input type="checkbox"/> その他( )
その他 留意点等 ※ご要望等も ご記入下さい	    