

福井勝山総合病院 地域包括ケア病棟 入院申込書

送信日 年 月 日

送信先	福井勝山総合病院 入退院支援センター TEL : 0779 - 88 - 8262 FAX : 0779 - 88 - 0371	送信元	名称			
			医師			
			ケアマネ			
			TEL		FAX	

紹介患者基本情報 ※ケアマネジャー、施設相談員、訪問看護からのご紹介時、診療情報提供書の提示もお願いいたします。

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	生年月日		年齢
患者氏名		<input type="checkbox"/> 女	年 月 日		歳
介護保険 認定情報	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 (1 2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1 2 3 4 5)				
現住所	〒	患者電話番号	自宅		
			携帯		
フリガナ		フリガナ			
家族氏名①	キーパーソン	家族氏名②			
続柄		続柄			
家族住所		家族住所			
家族電話番号	自宅	家族電話番号	自宅		
	携帯		携帯		

地域包括ケア病棟に入院を希望される目的

(目的)	
個室希望の有無	<input type="checkbox"/> 個室を希望します <input type="checkbox"/> 大部屋希望 個室は希望しません <input type="checkbox"/> どちらでもよい ※ 患者様の状態によっては個室を使用させていただく場合がございます

短期入院希望の方の情報 ※ 入院時情報提供書の添付もお願いいたします

希望入院期間	年 月 日 から 年 月 日 (日間)
	※ 入院のお時間は、当院より連絡いたします。
医療行為 処置等	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 _____ L <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃瘻 腸瘻 経鼻) <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 麻薬使用管理 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> その他 []
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 問題行動なし <input type="checkbox"/> 問題行動あり (どのような)

確認事項

退院先 (方向性)	<input type="checkbox"/> 自宅へ帰ります <input type="checkbox"/> 施設入所予定です 施設名 : 入居予定日 : 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未定
備考	・レスパイト入院は7日から14日間以内の入院となります ・内服薬のある方は、ご持参ください