

在宅支援入院予約申込書

町立辰野病院 医療連携支援室 山田あて

FAX:0266-41-5578

患者氏名		男 女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所	〒 主介護者氏名： 続柄：	連絡先TEL		自宅
		緊急連絡先 携帯電話番号		① 続柄 氏名
かかりつけ 医師名 電話番号	病院名： ()	緊急連絡先 携帯電話番号		② 続柄 氏名
主病名				
希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(施設名)			
医療行為	<input type="checkbox"/> 気管切開 (管理医療機関： 種類・ サイズ：) <input type="checkbox"/> 痰吸引 (回/日 夜間あり) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器(機種名： 設定：) <input type="checkbox"/> 点滴(CV ポート：ポンプ(機種： 設定速度： ML/H) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 (L：業者名) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 透析 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
食事	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自助具あり ()なし 食事の内 主食： :副菜) <input type="checkbox"/> 嚥下障害 ある ない <input type="checkbox"/> とろみ あり なし 経管栄養(内容： 1回量： ml 回数： 回/日 朝 昼 夕)			
排泄	<input type="checkbox"/> 自力歩行でトイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ(自立 介助) <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 導尿 () <input type="checkbox"/> 尿管 (Fr・交換日《 / 》) <input type="checkbox"/> その他 ()			
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり (褥瘡マット使用 <input type="checkbox"/> 有り タイプ： <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 車いす移動 () <input type="checkbox"/> 歩行器 () <input type="checkbox"/> 杖歩行 () <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 装具など ()			
認知機能	<input type="checkbox"/> 低下 (認知症あり :症状) <input type="checkbox"/> 年齢相応			
病室	<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 個室(個室料金あり) <input type="checkbox"/> どちらでもよい			
要介護認定または障害区分	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 障害区分 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
ケアプラン作成者	事業者名： 電話番号 氏名：			

*在宅主治医の情報提供書のFAXもお願いいたします。情報提供書に薬剤名がないときは最新の処方内容のコピーも添付してください。情報がそろい次第入院の調整を開始させていただきます。