

# 在宅支援入院予約申込書

町立辰野病院 医療連携支援室 宛

FAX:0266-41-5578

フリガナ		男	生年月日	大正・昭和・平成・令和
患者氏名		女		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 食事の内容 主食： 副菜： <input type="checkbox"/> 嚥下障害 あり なし <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）			
褥 瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ )			
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（ ) <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 又は障害区 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	事業者名：		電話番号	
	担当者名：			
退院困難な 要因	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容 )			

※在宅主治医の情報提供書の FAX もお願い致します。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。

## 在宅支援入院のご案内

当院ではご家族の介護負担を軽減するために、自宅で医療処置を受けている方の短期間（2週間程度）の地域包括ケア病床でのお預かり入院を行っております。

- 受け入れ可能な方（当院で対応可能な医療処置を受けている方）
  - ・胃ろう、経鼻胃管などの経管栄養中、またはC V、C Vポートなどの中心静脈栄養中の方
  - ・気管切開を受けた方や在宅酸素をご利用中の方
  - ・夜間も吸引が必要な方（有料の個室利用となります）
  - ・専門医に診断された神経難病、脳血管疾患後遺症などで常時介護が必要な方
  
- 基本ルール
  - ・入院のお申し込みは、かかりつけ医、ケアマネージャーを通じて、入院希望日の2～3週間前までに申込書にてお願いします。
  - ・在宅支援入院の期間は、2週間程度とし、ご自宅または居住系施設への退院となります。
  - ・入院期間中のお薬・医療材料等は、事前にかかりつけ医に処方して頂き、入院時に多めにご持参ください。（退院処方ありません）
  - ・症状の悪化により治療が必要となった場合は、通常の治療入院になることがあります。
  - ・入院ベッドの利用状況により、ご希望に沿えない場合があります。
  - ・同一月の再利用はご遠慮ください。
  - ・薬剤の持参などのルールに添えない場合は、次回からのご利用をお断りする場合がございます。
  
- 在宅支援入院費用の目安（1割負担の場合）

1日の入院（約3,700円） + 3食（1,530円）

なお、医師の判断で症状に応じて加療が必要な場合は、別途請求を行います。  
個室料金は3,300円/日です。
  
- ご利用手順
  1. 入院のご希望がありましたら、まずは電話で**町立辰野病院 医療連携支援室**までお問い合わせください。
  2. 「**在宅支援入院予約申込書**」に必要事項をご記入いただき、**FAX**してください。  
当院内科外来に定期的に通院中の方を除き、**かかりつけ医からの情報提供書**も併せて**FAX**してください。
  3. 頂いた申込書・情報提供書をもとに、随時検討し、入院日時を調整し、申込者（ケアマネージャー、かかりつけ医、訪問看護ステーション）へご連絡いたします。

《お問合せ》 町立辰野病院 医療連携支援室

〒399-0496 上伊那郡辰野町大字辰野 1445-5

TEL0266-41-0238 FAX0266-41-5578