

地域包括ケア病棟入院申込書

申込日： 年 月 日		記載者：	
医療機関名または事業所名：			TEL：
ふりがな			大正・昭和・平成
ご利用者氏名	生年月日		年 月 日(歳)
住所			電話番号
介護情報	要支援：Ⅰ・Ⅱ 要介護：Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ	特定疾患受給者証(難病公費)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
かかりつけ医療機関	※かかりつけ医療機関が松本協立病院であれば不要です。		
主病名			
入院のご希望期間	年 月 日から		年 月 日
入院希望理由			
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(種別と施設名：)		
前回のレスパイト入院のご利用から、状態に著変のない方は以下の記載は不要です。 (※但し、前のご利用から、3ヶ月経過してのご利用の場合は記載をお願い致します。)			
食事	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経静脈		食事介助： <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
	食事形態(主食：		副食：)
	<input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし		
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(歩き出し： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 夜間せん妄： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)		
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助・車椅子等利用 <input type="checkbox"/> その他()		
医療依存	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(告知の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)		
	<input type="checkbox"/> その他()		
呼吸障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 酸素吸入(L) <input type="checkbox"/> 気管切開(カニューレ：) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器		
運動麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)		
排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテ <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 人工肛門		
	尿意・便意： <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> 伝えられない		
褥瘡	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)		
	部位：		

この度は、レスパイト入院を御依頼いただきましてありがとうございました。
 受入可否の結果がでましたら、お申込みいただいた開業医様、ケアマネージャー様にご連絡をさせていただきます。
 病床の運用状況によってはご希望に添えないことがございますが、その際にはご了承の程、宜しくお願い致します。

FAX送信先 0263-35-5338

社会医療法人中興勤労者医療協会 松本協立病院 地域医療福祉連携室