鶴岡市立湯田川温泉リハビリテーション病院　地域医療連携室行き　ＦＡＸ：0235-38-5282

地域包括ケア病床入院申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな患者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　男・女 | 生年月日 | 大・昭・平成年　　月　　日（　　歳） |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| かかりつけ医 |  |
| 主病名  |  |
| 入院希望の理由　　　経過など |  |
|  |  |
| 退院先 | 自宅　・　施設（種別と施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療行為 | 褥瘡処置　・　吸引　・　麻薬の管理　・　胃ろう　・　気管切開　・　点滴　在宅酸素　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食事 | 自立　・　一部介助　・　全介助　　　　　嚥下障害　あり・なし食事の内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 排泄 | トイレ　・　ポータブルトイレ　・　おむつ　・　フォーレカテーテル　 |
| 身体状況 | 寝たきり状態（褥瘡マット使用　あり・なし）　車いす乗車可能歩行可能（歩行補助具　　　　　　　　　　）　その他（　　　　　　　） |
| 精神状態 | 認知症なし・あり（　　　　　　　　　）　不穏状態なし・あり（　　　　　） |
| 感染症・アレルギー | 感染症なし・あり（　　　　　　）　アレルギーなし・あり（　　　　　　　） |
| 部屋の希望 | 4床室　・　個室（１日1.650円）　・　特別室（1日5.500円）　 |
| その他（家族背景等） |  |
| 要介護認定または障害区分 | 要支援１・２　要介護１・２・３・４・５　　生保　　身障　　種　　級 |
| ケアプラン作成事業所名・電話番号・担当者名 |  |

送信元記載者：