

患 者 情 報	フリガナ 本人氏名		☐ 男 ☐ 女	生年月日	(歳)	
	住所	〒		連絡先		
				緊急連絡先		
	主病名					
	入院希望の理由					
	退院先	☐ 自宅 ☐ その他()				
	入院希望の期間	年 月 日() ~ 年 月 日() ※入院期間は原則14日以内(初回の方は7日以内) ※入退院日は平日午前でお願いします 直近3ヵ月間で他病院の地域包括ケア病院にご入院されたことがあればご記入ください ① 年 月 日() ~ 年 月 日() 日間 ② 年 月 日() ~ 年 月 日() 日間 ③ 年 月 日() ~ 年 月 日() 日間				
	医療行為	☐ 褥瘡処置 ☐ 皮膚処置 ☐ 痰吸引 ☐ 麻薬の管理 ☐ 胃瘻 ☐ 経鼻胃管栄養 ☐ 在宅酸素 ☐ 気管切開 ☐ 点滴 ☐ 中心静脈 ☐ 透析 ☐ ストーマ管理 ☐ その他()				
	食事	☐ 自力摂取 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 主食 ☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー粥 副食 ☐ 普通 ☐ 軟菜 ☐ きざみ ☐ ペースト ☐ ゼリー ☐ 注入食メニュー() 注入回数(回/日) 嚥下障害 ☐ 無 ☐ 有 水分トロミ ☐ 無 ☐ 有 食物アレルギー ☐ 無 ☐ 有 (食品名:) → ☐ 現物除去 ☐ エキスを不可				
	身体状況	☐ 寝たきり 褥瘡予防マットの使用 ☐ 無 ☐ 有(タイプ;) ☐ 車椅子移動 ☐ 歩行器歩行 ☐ 杖歩行 ☐ 独歩				
排泄	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ オムツ ☐ 膀胱留置カテーテル(Fr) ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ オムツ ☐ リハパンツ ☐ パッド ☐ 自立					
清潔(入浴)	☐ 清拭 ☐ 特浴 ☐ 介助浴 ☐ 自立					
認知症日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M					
行動障害	☐ なし ☐ 徘徊 ☐ 暴言 ☐ 暴力 ☐ 大声 ☐ 介助拒否 ☐ 不潔行為 ☐ 幻覚・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 睡眠障害 ☐ 昼夜逆転 ☐ 異食 ☐ その他()					
在 宅 支 援 体 制	かかりつけ医	医療機関名:		医師名:		
	要介護度	☐ なし ☐ 申請中 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5				
	担当ケアマネジャー	事業所名: 担当者: 連絡先:				
備考						

*ご本人の同意を得た上で申し込みをお願いします

*食物アレルギーでエキスを不可の場合、栄養科より
問い合わせさせていただくことがあります☐ 主治医 ☐ 訪問看護ステーション ☐ ケアマネジャー

記入日: 年 月 日

所属機関名:

申込者氏名:

連絡先: