

患者情報	フリガナ 本人氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 皮膚処置 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管栄養 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ管理 <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 主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> 注入食メニュー( ) 注入回数( 回/日) 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 水分トロミ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり 褥瘡予防マットの使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(タイプ; ) <input type="checkbox"/> 車椅子移動 <input type="checkbox"/> 歩行器歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 独歩					
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル( Fr) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパンツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> 自立					
清潔(入浴)	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 自立					
認知症日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
行動障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介助拒否 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <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				
	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

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: