

入院相談・レスパイトケア利用申込書

ケアプラン作成者 (申込み担当者)		事業所名		電話番号	
		担当者名		FAX番号	
患者	フリガナ			生年	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 年 月 日
	氏名	様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 () 歳
通院歴 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)		ID ()		※わかれば	
かかりつけ医					
主病名					
入院希望の理由					
入院希望期間		年 月 日 ~		年 月 日	
退院先		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (種別・施設名)			
医療行為		<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 食道ろう) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸器			
食 事		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事の内容 () 嚥下障害 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) アレルギー (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)			
排 泄		<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"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門			
身体状態		<input type="checkbox"/> 寝たきり状態 (褥瘡マット使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 車椅子乗車可能 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> その他 ()			
精神状態		不穏状態 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 認知症 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)			
感染症		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
部屋の希望		<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 個室 (地域包括ケア病棟の場合1日8,640円 税込)			
要介護認定 または障害区分					
利用サービス		<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> その他 ()			
その他					

- 備考 1.別途、かかりつけ医からの診療情報提供書の提供をお願いいたします。
 2.患者さまの状態や病床稼働状況により一般病棟に入室していただく場合があります。
 一般病棟ご利用の際は、別途お部屋のご希望をお伺いします。
 3.入院申込は来院希望日2営業日前までの、平日8:30~17:00をお願いいたします。

松下記念病院 患者支援連携センター

〒570-8540 守口市外島町5番55号 直通電話 (06) 6992-5373