

医療法人 山下病院 地域包括ケア病床(レスパイト)予約申込書(FAX専用)

年 月 日

医療法人 山下病院 宛

住所: 〒491-8531
 一宮市中町1丁目3番5号
 TEL: 080-4941-7125 (患者支援センター)
 FAX: 0586-47-1845 (地域医療連携室)

紹介元医療機関の所在地及び名称
医療機関名:
住所: 〒
TEL:
FAX:

※かかりつけ医からの診療情報提供書と本状を一緒にFAXお願いいたします。

フリガナ 患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年
住所				電話番号		月 日 (歳)
傷病名:						年 月 日発症
入院希望の理由:						
入院希望期間:		年	月	日	~	年 月 日
入院面談希望日:	第一希望		年	月	日	第二希望 年 月 日
キーパーソン:	(続柄)		氏名:		TEL:()	-
退院先:	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 施設				
介護認定または社会保障制度利用状況:	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 要介護	<input type="checkbox"/> 身障手帳	<input type="checkbox"/> その他		
ケアプラン作成事業所:	名称()	担当者()	電話番号()			
訪問看護ステーション:	名称()	担当者()	電話番号()			
医療行為	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 痰吸引(頻度:)	<input type="checkbox"/> 麻薬の管理		
	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置(部位:)	<input type="checkbox"/> 在宅酸素(流量: ℓ/min)	<input type="checkbox"/> 点滴			
	<input type="checkbox"/> その他()					
薬の内容	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照	<input type="checkbox"/> お薬手帳のコピー				
	<input type="checkbox"/> ()					
移動	<input type="checkbox"/> 歩行 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器具())					
	<input type="checkbox"/> 車いす (<input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)					
	<input type="checkbox"/> 寝たきり(マットレスの種類)					
排泄	日中: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> 尿カテーテル			
	夜間: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> 尿カテーテル			
	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> その他()					
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)					
食事	<input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし					
	<input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)					
	<input type="checkbox"/> 食事形態() <input type="checkbox"/> とろみあり(水分のみ) <input type="checkbox"/> 食事にとろみあり					
身体症状等	<input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 認知機能障害()					
	<input type="checkbox"/> 問題行動あり(<input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 危険行動 <input type="checkbox"/> 徘徊)					
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室					
その他	<input type="checkbox"/> ケアの注意点()					

※ご記入いただいた個人情報は、当院の診療以外の目的で使用することはありません