

FAX 送信票 内科佐藤病院地域包括ケア病床入院申込書

送信日: 令和 年 月 日

送信先: 内科佐藤病院 地域連携相談室

TEL : 022-221-5580 (直通)

FAX : 022-221-5677 (代表)

送信元/医療機関名: _____	
TEL: _____	
FAX: _____	
連絡担当部署: _____	担当者: _____

※診療情報提供書を添付して頂きますようお願い致します。

【紹介患者基本情報】

フリガナ 患者氏名	男	生年月日	明・大・昭・平		
	女		年 月 日 (歳)		
住所	〒 -		電話番号 () -		
家族構成	キーパーソンに※をつけて下さい		介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請予定 <input type="checkbox"/> 申請中 (月 日 申請) <input type="checkbox"/> あり (介護度:) 担当ケアマネジャー: _____ 事業所: _____ 連絡先: _____	
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 (独居・同居) <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 施設 (申込先: _____ 申込日: 月 日) <input type="checkbox"/> その他(_____)				

【身体状況】

身長		cm	体重		kg						
移動	<input type="checkbox"/> 歩行 →	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 補助具使用 (種類: _____)						
	<input type="checkbox"/> 車椅子 →	<input type="checkbox"/> 自走	<input type="checkbox"/> 介助	(移乗動作: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)							
	<input type="checkbox"/> 寝たきり (寝返り: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)	<input type="checkbox"/> エアマット使用 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)									
食事	<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	食形態とカロリー: _____					
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 →	<input type="checkbox"/> 経鼻	<input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> その他 (使用栄養剤: _____)							
	<input type="checkbox"/> 点滴 →	<input type="checkbox"/> CV	<input type="checkbox"/> 末梢	<input type="checkbox"/> 皮下 (点滴内容と量: _____)							
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル	<input type="checkbox"/> 人工肛門					
整容更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(介助浴・機械浴・清拭)						
障害日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2		
精神面	意識レベル	I-1	I-2	I-3	II-10	II-20	II-30	III-100	III-200	III-300	
	認知症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	徘徊・自己抜去・介護抵抗・転倒転落・声だし・暴言 (「あり」の場合にはチェックして下さい)							
	不穏行動	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(症状: _____)							
	身体拘束	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(部位と手段: _____)							
意思疎通	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや困難		<input type="checkbox"/> 困難							
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置	部位: _____	大きさ: _____	処置: _____			(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)				
	<input type="checkbox"/> 痰吸引	回/日 _____	<input type="checkbox"/> 酸素	L/min _____			<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> その他(_____)				
	<input type="checkbox"/> 麻薬管理	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> インスリン	<input type="checkbox"/>			(感染症ありの場合には、感染症結果添付してください。)				
リハビリ状況	リハビリ病名: _____										
	リハビリ起算日: _____ 年 月 日	(※レセプト上の起算日をご記入下さい。)									
	リハビリ種別: _____	心大血管・脳血管(廃用以外・廃用症候群)・運動器・呼吸器・がん									
入院中のトラブル	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		(内容: _____)								
会計	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり		(具体的: _____)								
部屋希望	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでも可		*希望通りの部屋にならない事があります。 *個室の場合差額料金が発生します。								