FAX 送信票　内科佐藤病院地域包括ケア病棟入院申込書

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 女	生年月日	明・大・昭・平 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	□ なし　□ 申請予定 □ 申請中（　月　日　申請） □ あり（介護度：　） 担当ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ： 事業所：　連絡先：
退院先	□ 自宅（独居・同居） □ 施設（申込先： □ その他（		□ 未定 申込日：　月　日）	

【身体状況】

	身長　cm　体重　kg		
移動	□ 歩行 →	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 補助具使用（種類：　）	
	□ 車椅子 →	□ 自走 □ 介助（移乗動作：□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助）	
	□ 寝たきり（寝返り：□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助）	□エアマット使用（□あり □なし）	
食事	□ 経口摂取 →	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助 食形態とカロリー：	
	□ 経管栄養 →	□ 経鼻 □ 胃瘻 □ その他（使用栄養剤：　）	
	□ 点滴 →	□ CV □ 末梢 □ 皮下（点滴内容と量：　）	
排泄	□ トイレ □ ポータブルトイレ □ 尿器 □ オムツ □ 留置カテーテル □ 人工肛門 □ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助		
整容 更衣	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助		
入浴	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 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	□ なし □ 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） Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　Ⅴ　M	
	不穏行動	□ なし □ あり（症状：　）	
	身体拘束	□ なし □ あり（部位と手段：　）	
	意思疎通	□ 良好 □ やや困難 □ 困難	
医療行為	□ 褥瘡処置	部位：　大きさ：　処置：	感染症：（□あり □なし）
	□ 痰吸引	回／日 □ 酸素 L／min	□MRSA □ESBL □CD
	□ 麻薬管理	□ 気管切開 □ インスリン □	その他（　）
リハビリ状況	リハビリ病名：		（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	□ なし □ あり（内容：　）		
会計	□ 問題なし □ あり（具体的：　）		
部屋希望	□ 個室 □ 多床室 □ 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。	

令和元年7月1日