在宅支援入院申込書

ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　明・大・昭・平

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日（　　歳）

患者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

かかりつけ医

主病名

入院希望理由　　□介護者の休養、冠婚葬祭、病気等

　　　　　　　　□医療依存度が高く、施設利用が困難

　　　　　　　　□ADLの維持や改善　　□誤嚥による肺炎等の予防

　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

入院希望期間　　令和　　年　　月　　日　から　　　月　　日

退院先　　　　　□　自宅　□　施設（施設名　　　　　　　　　　）

医療行為　　　　□褥瘡処置　□たん吸引　□経管栄養　□在宅酸素

　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　）

食事　　　　　　□自立　□一部介助　□全介助

　　　　　　　　食事内容（　　　　　　　　　　　　）

排泄　　　　　　□トイレ　□ポータブル　□おむつ　□尿留置カテーテル

　　　　　□ストマ　□その他

身体状況　　　　□寝たきり（褥瘡予防マットレス使用　□あり　□なし）

　　　　　　　　□車いす乗車可能　□歩行可能　□その他（　　　　　　　　　）

精神状態など　　□不穏状態あり　　　　□認知症あり　□なし

感染症　　　　　□なし　□あり

個室希望　　　　□なし　□あり

介護認定状況　　　要支援　1、2　　要介護1、2、3、4、5

担当ケアマネ（　　　　　　　　　　）

申し込み者名

村上総合病院　地域医療連携室　　FAX　0254（50）0167

送信元（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）