在宅支援入院申込書

ふりがな 患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 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（　　）