



医療
法人

橋本病院

地域連携室行き F A X : 073-424-7953

地域包括ケア病棟 入院申込書

ふりがな 患者氏名		生年月日	明・大・昭・平成 年 月 日 (歳)
住 所		電話番号	
かかりつけ医			
主病名			
入院希望の理由			
入院希望期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日		
退院先	☐ 自宅 ☐ 施設（種別と施設名 ）		
医療行為	☐ 褥瘡処置 ☐ たん吸引 ☐ 麻薬の管理 ☐ 胃ろう ☐ 気管切開 ☐ 点滴 ☐ 在宅酸素 その他（ ）		
食 事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 食事の内容（ ） ☐ 嚥下障害あり ☐ 嚥下障害なし		
排 泄	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ おむつ ☐ フォーレカテーテル その他（ ）		
身体状況	☐ 寝たきり状態（褥瘡マット使用 ☐ 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 ☐ 認知症なし		
感染症	☐ なし ☐ あり（ ）		
部屋の希望	☐ 個室 ☐ 2人部屋 ☐ 3人部屋 ☐ 多床室（4人） ※個室・2人・3人部屋は有料となります		
その他			
要介護認定または障害区分			
ケアプラン作成 事業所名・電話 番号・担当者名			

送信元：