

在宅療養バックアップ入院 予約申込書

FAX送信先 077-516-2141 社会医療法人 誠光会 淡海ふれあい病院

20 年 月 日		※診療情報提供書・内服内容・入院時情報提供書と一緒に送信して下さい	
紹介先医療機関名		居宅介護支援事業所（相談支援事業所）	
機関名		事業所	
所在地		所在地	
医師氏名		ケアマネ氏名	
電話番号		電話番号	
FAX番号		FAX番号	
入院希望患者 情報 以下、記載をお願い致します			
フガナ		生年月日	年齢
氏名		☐ M ☐ T ☐ S ☐ H 年 月 日	歳
キーパーソン氏名		連絡先	続柄
本人現住所	〒 -	連絡先	続柄 本人
以下、チェック及び記載をお願い致します			
入院希望日	20 年 月 日 ()	退院希望日	20 年 月 日 ()
理由			
部屋希望	☐ 個室（¥8,800）税込み ☐ 多床室（¥1,100）税込み ☐ 多床室（無料） ☐ 何れでも可能		
診断名			
医療処置	☐ 吸引 ☐ 点滴 ☐ 中心静脈 ☐ 透析 ☐ ストマ ☐ HOT ☐ 気管切開 ☐ レスピ ☐ 疼痛管理 ☐ 褥瘡 (部位) ☐ パルン ☐ 経管栄養 (☐ 経鼻 ☐ 胃瘻)		
移動	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	具体的状況	
食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		「例」食事形態など
食事アレルギー	☐ 無 ☐ 有		
排泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
入浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
入院時移動手段	☐ 自家用車 ☐ 介護タクシー（車椅子） ☐ 介護タクシー（リクライニング） ☐ ストレッチャー		
医師・ケアマネさんに伺います			
過去に、「ACP」や本人様の「意思決定等」について確認されたことがあれば記載して下さい			
その他 連絡事項 ※自由記載			
※以下は記載しないで下さい			
以下病院記載欄	☐ レスパイト入院（予定） ☐ レスパイト入院（緊急） ☐ 治療・精査・リハビリ評価（予定） ☐ 治療・精査・リハビリ評価（緊急）		