

# 在宅療養バックアップ<sup>o</sup>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

※診療情報提供書とケアマネ入院時情報提供書または日常生活動作表、看護サマリーを同時に送信

申込日 20 年 月 日			
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	
医師氏名		担当者氏名	
電話番号		電話番号	
FAX番号		FAX番号	
入院希望患者			
フリガナ		生年月日	年齢
氏名		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日 歳
本人現住所	〒 -	連絡先	
キーパーソン氏名		連絡先	続柄
入院希望内容			
入院希望日	20 年 月 日 ( )	退院希望日	20 年 月 日 ( )
入院調整	<input type="checkbox"/> 早急な入院を希望		
部屋希望	<input type="checkbox"/> 個室 (¥8,800) 税込み <input type="checkbox"/> 多床室 (¥1,100) 税込み <input type="checkbox"/> 多床室 (無料) <input type="checkbox"/> 何れでも可能		
既往歴			
医療処置	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> レスピ <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡 ( 部位 ) <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 )		
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	具 体 的 状 況	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		アレルギー、食形態
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
入院時移動手段	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー (車椅子) <input type="checkbox"/> 介護タクシー (リクライニング) <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
ACPの内容			
在宅で困っていること	患者の状態変化		
	<input type="checkbox"/> 食事摂取量の低下 <input type="checkbox"/> 痰や咳が増えた <input type="checkbox"/> 動作が不安定・転倒が増えた <input type="checkbox"/> 認知症が悪化 <input type="checkbox"/> 排泄トラブルが増えた <input type="checkbox"/> 特に変化はない		