

▶ 地域に根ざした慢性期医療・在宅療養支援の提供と双方向の地域医療連携をめざして

ご案内

お盆休み

在宅療養バックアップ入院を受け入れします

1. 申込受付期間

2026年7月10日（金） 12:00 まで

2. 申込方法

お電話または裏面の
「在宅療養バックアップ入院予約申込書」
にてお申込みください。



～在宅療養バックアップ入院について～

- 利用期間は7～14日間での入院が可能です。
- 医療保険適用の方に限らせていただきます。
- 小児在宅医療患者さんの受け入れはできかねます。
- 入院時に検査をさせていただいた上でご入院いただく事がございます。
※入院時はご家族様にお付添いをいただきますので、あらかじめご了承ください。
- お申し込みの際は、必要書類（予約申込書・診療情報提供書・入院時情報提供書（ADL記載書面））をFAXにてご提出ください。書類の不備がございましたら入院のご依頼に沿えない場合がございます。
- 病床の空き状況によりご希望の入院日時に沿えない場合がございます。あらかじめご了承ください。

申込窓口

▶ 淡海ふれあい病院 つなぐステーション

〒525-8585 滋賀県草津市矢橋町 1629-5

TEL 077-516-2140 (直通)

FAX 077-516-2141 (直通)

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

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		