

JCHO桜ヶ丘病院  
**地域包括ケア病棟入院申込書**

入院日(令和 年 月 日)

記載日(令和 年 月 日)

現在通院・入院中の医療機関名( ) 担当者名( )

フリガナ ご氏名	生年月日	T · S · H 年 月 日生( )歳
現住所 〒 (ご自宅)	電話	( )
連絡先① ご氏名	自宅	( )
※キーパーソンになる方 続柄	携帯	( )
保険の種類	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社会保険(協会けんぽ・共済・その他) <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他	
要介護認定	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 年 月 日) 認定調査日( 月 日) 介護度(要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5) 担当居宅支援事業所( ) 担当者名( ) 連絡先電話 ( )	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中→退院後の通院予定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(診療科 ) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )	
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病院名・診療科 )	
家族背景	<b>【家族図】</b>  <b>入院前の居所</b> <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設( )  <b>退院後の希望</b> <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 当院看取り <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 申し込み施設・病院 ( )	医師からの説明  患者・家族の受け止め
身体状況	医療処置 <input type="checkbox"/> 褥創( ) <input type="checkbox"/> 吸引( 回/日) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> モニター <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他( ) 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位 ) 拘縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位 ) 視力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 聴力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 認知度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 不穏 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬剤投与 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(薬剤名; ) 入院中の危険行動 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( ) 意志の伝達 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない 寝たきり度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 歩行要介助 <input type="checkbox"/> 坐位可 <input type="checkbox"/> 寝たきり 移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助 移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子( <input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> ストレッチャー 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input type="checkbox"/> 制限食( ) <input type="checkbox"/> 経管栄養( ) 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> きざみあんかけ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 水分とろみ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ) <input type="checkbox"/> その他( ) 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(オムツ・ポータブル・尿器・カテーテル・ストマ)	
その他	経済状況 不安等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( ) 家族の協力 <input type="checkbox"/> 得られる <input type="checkbox"/> 得られにくい( )	

地域医療連携室宛にFAXしてください。FAX 054-353-5319