

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 ( )

保険の種別	<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) 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 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( ) <b>※入院中の場合、退院後の通院の有無</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(診療科 )
-------	---

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"/> 施設( ) <input type="checkbox"/> 療養病院 <input type="checkbox"/> 当院看取り <input type="checkbox"/> 未定
------	---

身体状況	医療処置 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( ) 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 拘縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 寝たきり度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 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 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 意志の伝達 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 殆どできない <input type="checkbox"/> できない 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) 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 <input type="checkbox"/> 経管栄養 食種 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input type="checkbox"/> 他( ) <input type="checkbox"/> 制限食( ) 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	
-----	--