

JCHO清水さくら病院 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 氏名	生年月日	T . S . H 年 月 日生()歳
現住所 (自宅)	〒 電話 ()	
連絡先 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"/> 難病 <input type="checkbox"/> 重心(障害種類)	
要介護認定	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中(月 日) 新規・区分変更中 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 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設・その他()	
退院後の通院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(次回予約 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(月 日)	
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病院名・診療科)	
家族背景	【家族図】 ()人暮らし 入院前の居所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設() 退院後の希望 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 当院看取り <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 施設・病院等 申込み 済・未 ()	医師からの説明 患者の希望・思い 家族の希望・思い
	医療処置 <input type="checkbox"/> 褥創() <input type="checkbox"/> 酸素() <input type="checkbox"/> 吸引(回/日) <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> インスリン <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 食種 <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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 特記事項() 身長 cm 体重 kg 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 () 差額室料 希望 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 4人部屋) 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番号 054-340-8273

2026.2 JCHO清水さくら病院