

地域包括ケア病棟予約申込書

ニュー・琴海病院地域連携室

TEL・FAX 095-885-2050

令和 年 月 日

ふりがな 患者氏名		性別	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和		
		男・女		年	月	日 (歳)
住所	〒 -		緊急時連絡先		続柄 ()	
電話番号	(自宅)	(携帯)	かかりつけ医(主治医名)			
病名						
既往歴	#1	(年 月 歳)	#4	(年 月 歳)		
	#2	(年 月 歳)	#5	(年 月 歳)		
	#3	(年 月 歳)	#6	(年 月 歳)		
入院希望の理由						
入院希望期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日					
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素					
新型コロナワクチン接種	最終令和 年 月 日 ()回目	手術歴	<input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> ステント <input type="checkbox"/> その他			
食事	形態() <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 担送 [<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助]					
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱ろう 排泄 [<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助]					
麻痺 (筋力低下)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位)		転倒の既往		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 暴力暴言 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> とられ妄想 <input type="checkbox"/> その他)					
意思の疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		難聴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (右・左) 補聴器 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (食品 薬品)					
喫煙	<input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> やめた		飲酒	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない		
薬の管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 介助					
介護保険申請	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 済 [<input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)]					
ケアプラン作成	事業所名() 担当者名() 電話番号()					
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 個室 (トイレ付2,200円) <input type="checkbox"/> 個室 (トイレ、シャワー付3,300円)					
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 () ※キーパーソン()					
公費負担	<input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 生活保護					