

地域包括ケア病棟 レスパイト入院 予約申込書

岩国市医療センター医師会病院 地域医療連携センターかけ橋

FAX:0827-22-1654

フリガナ		男 ・ 女	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
患者氏名				
住 所	〒	連絡先		
		緊急時		
かかりつけ 医療機関名				
主 病 名				
入院希望理由				
入院希望期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
退 院 先	自宅 家族宅 施設 ()			
医 療 行 為	胃瘻 腸瘻 点滴 (末梢・中心静脈) 喀痰吸引 麻薬の管理 褥瘡処置 (部位:) 在宅酸素 (体動時: L 安静時: L) 気管切開 (カニューレタイプ: サイズ:) 人工呼吸器 (機種名:) 設定モード () その他 ()			
食 事	自力摂取 一部介助 全介助 食事内容 () 経管栄養 (内容: _____ 1回量 _____ ml 回数 _____ 回/日)			
排 泄	トイレ (自力歩行) ポータブル オムツ 導尿 (_____ 回/日) バルーンカテーテル (_____ Fr 交換日: /) その他 ()			
移 動 手 段	ベッド 車椅子 歩行 (杖・歩行器・独歩) その他 ()			
清 潔	介助 (要・不要) 一般浴 シャワー 清拭 最終入浴日 (/)			
精 神 状 態	認知症 有 (病名:) 無 問題行動 有 (大声・徘徊・暴力行為・不潔行為) 無			
要介護認定	要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)			
障害者区分	障害区分 () その他 ()			
利用サービス内容				
感染症の有無	結核 MRSA (痰・便・尿・その他) HBs 抗原 HCV 抗原 梅毒 不明			
その他備考				
介護保険担当 事業所	事業所名: _____ 電話番号: _____ 担当ケアマネージャー名: _____			