



医療法人 博仁会

入院予約申込書

FAX送信先 029-212-7222

みんなの内科外科クリニック 地域連携室 宛

申込者様情報	
機関名称	
ご所在地	
ご担当者	
電話番号	— —
FAX番号	— —

申込み日 年 月 日

<入院申し込み>

- * 入院期間は、原則14日間が目安です
- * 申し込み時は、かかりつけ医の診療情報提供書 入院申込書・お薬手帳の写しの情報提供をお願いします
- * 必要に応じて事前面談を予定させていただくことがあります

患者様情報	フリガナ 氏名	男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
	住所	〒	緊急 連絡先	氏名(続柄): 電話番号:
病名(主病名)				
入院目的 <input type="checkbox"/> 継続治療 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 介護者の介護休暇				
退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設() <input type="checkbox"/> 医療機関				

以下の項目にチェック(✓)をお願いします。

【医療行為】

<input type="checkbox"/> 気管切開(サイズ: Fr)	<input type="checkbox"/> 在宅酸素(労作時: ℓ、安静時: ℓ)
<input type="checkbox"/> 麻薬管理	<input type="checkbox"/> 胃瘻(商品名: / 注入回数: 回)
<input type="checkbox"/> 点滴(末梢、IVH、ポート)	<input type="checkbox"/> 痰吸(回数…昼: 回、夜間: 回)
<input type="checkbox"/> 褥瘡処置(部位:)	

※人工呼吸器の患者様につきましては、要相談とさせていただきます。

【身体状況】★より細かな情報提供が必要な患者様につきましては、別紙にてお願いいたします

動作	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング	ご家族構成(KP印=★) 分かる範囲で年齢のご記入もお願いします
	<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"/> 寝たきり	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右(上肢・下肢) <input type="checkbox"/> 左(上肢・下肢) <input type="checkbox"/> 四肢麻痺		
食事	<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	
	<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"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト	
	<input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし <input type="checkbox"/> トロミあり	
	<input type="checkbox"/> 治療食(食 kcal、塩分 g) <input type="checkbox"/> アレルギー(無・有:)	
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 導尿(回/日) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル	
	<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"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット	
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 完全に通じる <input type="checkbox"/> ある程度通じる <input type="checkbox"/> ほとんど通じない <input type="checkbox"/> 使用機器:筆談・文字盤・ボイスコール	
精神状況	<input type="checkbox"/> 認知症 無・有(診断名:)、時期(年 月 日頃)(歳頃~)	
	(診断を受けた医療機関名:) <input type="checkbox"/> 行動障害<介護への抵抗、不潔行為、徘徊、大声、夜間不眠> <input type="checkbox"/> その他()	

【介護保険情報】

<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中(月 日)	
担当 ケアマネジャー	事業所: ご担当者様: TEL:

※可能でしたら、利用サービス確認のため、当月の利用表若しくはケアプランの送付お願いいたします