

# 地域包括ケア病棟 食支援入院 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				
入院希望日	令和 年 月 日～令和 年 月 日			
退 院 先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 家族宅 <input type="checkbox"/> 施設( )			
医 療 行 為	<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 点滴(末梢・中心静脈) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置(部位: ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素(体動時: L 安静時: L) <input type="checkbox"/> 気管切開(カニューライフ: サイフ: ) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器(機種名: ) ※設定モード( ) <input type="checkbox"/> その他( )			
食 事	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事内容( ) 食事量: 主食 割 副食 割 ・食欲: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃瘻・経鼻)(内容: 回数 回/日)			
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"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿( 回/日) <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル( Fr 交換日: / ) <input type="checkbox"/> その他( )			
移 動 手 段	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行(杖・歩行器・独歩) <input type="checkbox"/> その他( )			
清 潔	介助(要・不要) <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 最終入浴日( / )			
精 神 状 態	認知症 <input type="checkbox"/> あり(病名: ) <input type="checkbox"/> なし 問題行動 <input type="checkbox"/> あり(大声・徘徊・暴力行為・不潔行為) <input type="checkbox"/> なし			
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)			
障害者区分	<input type="checkbox"/> 障害区分( ) <input type="checkbox"/> その他( )			
利用サービス内容				
感染症の有無	<input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> MRSA(痰・便・尿・その他 ) <input type="checkbox"/> HBs 抗原 <input type="checkbox"/> HCV 抗原 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 不明			
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )			
その他・備考	発熱: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )			
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: _____		FAX: _____	