**ＦＡＸ：024-566-2922**　　　　　済生会川俣病院　地域医療連携室　行き

生活支援リハビリ入院申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  患者氏名 |  | 生年月日 | 明・大・昭・平成  年　　月　　日（　　歳） |
| 住　　所 |  | 電話番号 |  |
| かかりつけ医 |  | | |
| 主 病 名 |  | | |
| 入院希望類型 | □　機能維持・介護予防リハビリテーション型  □　リハビリテーション栄養型 | | |
| 入院希望の理由及びリハビリの目標 |  | | |
| 緊 急 性 | □有（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□無 | | |
| 入院希望期間 | 令和　 　年　　 月　　 日　　　から　　　令和　 　年　　 月　 　日 | | |
| 退 院 先 | □自宅　□施設（種別と施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 医療行為 | □褥瘡処置　□たん吸引　□麻薬の管理　□経管栄養（ 胃ろう ・ 経鼻 ）  □気管切開　□点滴　□在宅酸素　その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 食　　事 | □自立　□一部介助　□全介助  食事の形態（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □嚥下障害あり　□嚥下障害なし | | |
| 排　　泄 | □トイレ　□ポータブルトイレ　□おむつ　□尿管カテーテル  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 身体状況 | □寝たきり状態（褥瘡マット使用　□あり　□なし）　□車いす乗車可能  □歩行可能　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 精神状態など | □不穏状態あり　□認知症あり　□認知症なし | | |
| 感 染 症 | □なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 部屋の希望 | □多床室　　□個室　□２人部屋　　※ご希望に添えない場合もあります。 | | |
| そ の 他 |  | | |
| 要介護認定または障害区分 |  | | |
| ケアプラン作成事業所名・電話番号・担当者名 |  | | |

送信元：