地域包括ケア病棟入院申請書

　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名  居宅支援事業所 |  |
| 電話／FAX |  |
| 担　当 |  |

三島総合病院

　地域連携室

　齊藤・竹内・梅原・後藤・森野 宛

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 生年月日 | 大・昭・平　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 患者氏名 | 性別 | 男　・　女 | 年齢 | 歳 |
| 住所　〒　　　－ | 電話番号 | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 家族構成 | キーパーソン | |
| 退院先希望　　□ 自宅   * 施設　（　　　　　　　　　） * 未定 | |
| 介護保険　　□　無　　　　　□　有　（　□ 申請中　　□ 要支援（　 ）　□ 要介護（　 ） | | |
| リハビリ　　□　未実施　　□ 実施（　　単位程度／日） | | |
| 危険行動　　　□　無　　□　有  徘　徊　　　　□　無　　□　有 | | 暴言・暴力　　□　無　　□　有  大　声　　　　□　無　　□　有 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **食事** | 自立  一部介助  全介助 | 食事形態 | 嚥下障害  （　有　・ 無　） |
| 主食　　　　1.米飯　2.軟飯　3.粥（　　分）4.ミキサー  副食　　　　1.常菜　2.軟菜　3.その他（　　　　　　　）  大きさ　　　1.一口大　2.キザミ　3.ペースト  とろみ　　　1.食事全部　2.水分　3.なし  その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **排泄** | 自立 | 一部介助 | 全介助 |
| **移動** | 屋内 | 独歩　・　T字杖　・　四点杖　・　歩行器　・　ピックアップ  　シルバーカー　・　伝い歩き　・車椅子（自立・見守り・一部介助・全介助）  　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 屋外 | 独歩　・　T字杖　・　四点杖　・　歩行器　・　ピックアップ  　シルバーカー　・　伝い歩き　・車椅子（自立・見守り・一部介助・全介助）  　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | |

三島総合病院　連携室 TEL０５５－９７５－２７６１

TEL０５５－９７５－３５７４（直通）

　　 FAX０５５－９７５－２７８３

* 医師の情報提供書と共にFAXして下さい