

# 地域包括ケア病床入院申込書



令和 年 月 日

JCHO 湯河原病院

地域医療連携室 工藤・松坂・諸岡 宛

医療機関名 居宅支援事業所	
電話/FAX	
担当	

## ① 基本情報

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 〒 ー	電話番号 1				
	電話番号 2				
家族構成	キーパーソン				
	介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) 】			
利用サービス	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				

## ② 入院目的

介護者休息  リハビリ入院 (短期)  その他 ( )

## ③ 入院希望日 / 退院希望日

【入院希望日】 令和 年 月 日	【退院予定日】 令和 年 月 日
------------------	------------------

## ④ ADL

食 事	自 立	食事形態		嚥下障害 ( 有 ・ 無 )
	一部介助	主食	1.米飯 2. 軟飯 3. 粥 ( 分) 4. ミキサー	
		副菜	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	
全介助	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 ( )		
危険行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	暴言・暴力		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
徘徊	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	大 声		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

※医師の情報提供書と共に FAX して下さい

湯河原病院 TEL 0465-63-2211 (代表)  
 地域医療連携室 FAX 0465-63-8601