

地域包括ケア病床入院申込書



年 月 日

JCHO 湯河原病院

地域医療連携室 工藤・星奈・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 自宅での生活状況を具体的に記入ください。入院中の看護援助の参考とさせていただきます

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		
	全介助	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			
排 泄	自 立	トイレ・	ポータブルトイレ	・ オムツ	・ バルーンカテーテル	全介助		
		一部介助 ()						
移 動	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 ()							
医療処置 ケア	血糖測定	回/日	インスリン	在宅酸素吸入	L 吸引	回/日		
	気管切開	褥瘡処置		軟膏				
	ストーマ	胃瘻	点眼					
認知、精 神状態	危険行動 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 徘徊 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 大声 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 その他 ()							

※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