地域包括ケア病床　リハビリ・レスパイト　予約入院申込書（FAX：０３－５８８８－５８７７）

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	明治　・　大正　・　昭和　・　平成
患者氏名				年　　月　　日（　　歳）
住所	〒		連絡先	自宅：
				携帯：
かかりつけ医療機関名			医師名	
			電話番号	
主病名				
入院希望期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日			
退院先	□ 自宅　　□ 施設			
医療行為	□ 胃ろう			
	□ ストマ			
	□ 在宅酸素(労作時：　　L、安静時　　L)			
食事	□自立　□一部介助　□全介助　食事内容：（　　）			
	経管栄養（内容　　1回量：　　ml　回数：　　回/日）			
排泄	□自力歩行でトイレ　□ポータブルトイレ　□オムツ			
	□バルーンカテーテル（　　Fr　交換日：　　/　　）　□その他（　　）			
移動手段	□ベッド移動　□車いす移動　□歩行（　杖 ・ 歩行器 ・ 独歩）　□その他			
入浴	□一部介助　□全介助　最終入浴日（　　/　　）			
精神状況	認知症　□有　□無　BPSD □有（大声を出す・暴力行為・不潔行為・徘徊）□無			
感染症	□無　□有（　　）			
部屋の希望	□４・３人部屋　□2人部屋（1日6,000円）			
介護認定又は障害区分	□要支援１　□要支援２　□要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□要介護５			
	□障害区分（　　）			
利用サービス	□訪問診療　□訪問歯科診療　□訪問看護　□訪問リハビリ　□訪問薬剤管理			
	□デイサービス　□デイケア　□ヘルパー　□ショートステイ			
	□福祉用具（　　）□配食　□その他（　　）			
ケアプラン作成者	事業所名：　　電話番号：			
	担当ケアマネージャー名：			

足立慶友リハビリテーション病院　FAX：０３－５８８８－５８７７