

整形外科 進藤病院 在宅サポート入院申込書

地域連携室 行き：TEL 0166-31-1221(代) FAX 0166-37-8766(直通)

ふりがな		男 ・ 女	生 年 月 日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	
患者氏名				年 月 日 (歳)	
住所				TEL :	
傷病名	主病名： 既往歴：				
入院希望 の理由					
希望する 入院期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()				
退院先	☐ 自宅 ☐ 施設 (施設名：)				
医療処置	☐ 喀痰吸引 ☐ 在宅酸素 ☐ 経管栄養 (鼻腔・胃瘻) ☐ インスリン (回数 /日) ☐ 輸液 (末梢・CVポート) ☐ 麻薬管理 ☐ 人工肛門・膀胱 (最終交換日：) ☐ 褥瘡 (部位：) ☐ その他 ()				
食事内容	嚥下障害 (あり・なし) とろみ (あり・なし) 食事介助 (あり・なし) 主食： ☐ 米飯 ☐ 全粥 副食： ☐ 常菜 ☐ キザミ食 ☐ その他 () ☐ アレルギー ()				
排泄	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ オムツ ☐ 尿道カテーテル (最終交換日：) ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 排尿回数 (回/日 夜間： 回)				
身体状況	☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ その他 () ☐ 寝たきり 褥瘡予防マット使用： (あり・なし)				
精神状況	☐ 認知症 ☐ 大声 ☐ 不穏 ☐ 徘徊 ☐ 夜間不眠 ☐ 問題行動、その他 ()				
ケアの 注意点					
要介護・ 障害区分	☐ 要支援 (1 ・ 2) ☐ 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) ☐ 申請中 ☐ 障害区分 ()				
訪問看護	事業所： TEL：				
ケアマネ ジャー	事業所： 担当者： TEL：				
申込み者 氏名					
備考					