

地域包括ケア病棟 メンテナンスケア入院 予約申込書

光市立光総合病院 地域医療連携室 宛 FAX：0833－71－2828

FAX受付時間 平日8：15～17：00（祝日・年末年始の休診日を除く）

フリガナ		生年月日	大正 昭和 平成
患者氏名	(男・女)		年 月 日 歳
住所	〒	電話番号	
緊急連絡先	氏名 続柄	電話番号	
かかりつけ 医療機関		医師名	
		電話番号	
主病名			
既往歴			
入院希望の理由			
入院希望期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
退院先	☐ 自宅 ☐ 施設（施設名： ）		
医療行為	☐ 末梢点滴 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 胃瘻 ☐ 腸瘻 ☐ 在宅酸素（体動時： 安静時： ） ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 褥瘡処置（部位： ） ☐ その他（ ）		
食事	☐ 自力摂取 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 食事内容（ ） 経管栄養（内容： 1回量： 回数： 回/日）		
排泄	☐ トイレ（自立・介助） ☐ ポータブルトイレ（自立・介助） ☐ オムツ ☐ 導尿（ 回/日 ） ☐ 尿カテーテル（ Fr 交換日 / ） ☐ その他（ ）		
移動	☐ ベッド移動 ☐ 車椅子 ☐ 歩行器 ☐ 杖 ☐ 独歩 ☐ その他（ ）		
清潔	☐ 清拭 ☐ 入浴介助 ☐ 特浴 最終入浴日（ / ）		
精神状況	認知症 ☐ 有 ☐ 無 問題行動 ☐ 有（大声・暴力・不潔行為・徘徊） ☐ 無		
感染症	☐ 有（ ） ☐ 無		
部屋の希望	☐ 4人部屋 ☐ 個室（トイレ・シャワー付 税込5,500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（ ） ☐ その他（ ）		
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 ☐ デイケア ☐ デイサービス ☐ ヘルパー ☐ ショートステイ ☐ 福祉用具（ ） ☐ その他（ ）		
ケアプラン作成者	事業所名： 電話番号： 担当者名：		
備考			

※ ベッドの空き状況等により、ご希望に添えない場合がありますのでご了承下さい。