

依頼者	病院/ 事業所名			担当者名	
	TEL			FAX	
患者情報	フリガナ 本人氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 月日	(歳)
	住所	〒		TEL	
	主介護者 情報	氏名：	続柄	TEL	
	主病名				
	入院希望の 理由				
	入院希望の 期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()			*基本 14 日以内 *入院日は平日
	部屋希望 *料金は税込	<input type="checkbox"/> 特室 (1日 ¥16,500) <input type="checkbox"/> 個室(1日 ¥8,800) <input type="checkbox"/> 2人部屋(1日 ¥4,400) <input type="checkbox"/> 大部屋			
	退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(施設名：)			*老健不可)
	医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管栄養 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器(機種名：) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> その他()			
	食事	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事の内容・形態・制限() 経管栄養(内容：)・1回量： mL・回数 回/日 <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり《⇒トロミ <input type="checkbox"/> 有(汁物・水分) <input type="checkbox"/> 無》 <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし			
	身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり(褥瘡マット使用⇒ <input type="checkbox"/> 有 タイプ：) <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 車椅子移動 <input type="checkbox"/> 歩行器歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> その他()			
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> Baカテーテル(Fr) <input type="checkbox"/> その他()			
		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(介助量：) <input type="checkbox"/> 全介助			
	清潔(入浴)	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> 自立			
	認知症状	<input type="checkbox"/> あり(その場合、下記 BPSD の有無を記入) <input type="checkbox"/> なし			
	BPSD	<input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介助拒否 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他()			
備考					
在宅 支援 体制	かかりつけ医	病院名：		医師名：	
	要介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
	障害・難病	<input type="checkbox"/> 障害区分() <input type="checkbox"/> 難病() <input type="checkbox"/> その他()			
	居宅介護支 援事務所	事業所名：		担当者：	

..... 八幡中央病院使用欄

受付日	対応者	主治医	入院日時	移動手段・家族付き添い	部屋希望	薬持参依頼
					<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 個室	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 持参薬なし