

FAX送信票/東北労災病院 地域包括ケア病棟入院申込書

【送信先】

送信日:	年 月 日
東北労災病院 地域医療連携センター 〒981-8563 仙台市青葉区台原4丁目3番21号 TEL 022-275-1467 FAX 0120-772-061 受付時間 平日 8:15-17:00	

【送信元】

医療機関名	
電話番号	
FAX番号	
連絡担当者名	

2022.1版

フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日(歳)
氏名				
住所	〒			☎電話:
傷病名				☎携帯電話:
入院目的	・ 退院調整 ・ リハビリ ・ レスパイト(最長14日間) ・ その他() ※診療情報提供書及び薬剤情報を添付願います。			
入院希望日	年 月 日	※有料個室	希望する ・ 希望しない ・ どちらでもよい	
希望入院期間	日間	当院受診歴	あり ・ なし	MMWIN加入 あり ・ なし
保険情報	社会保険 ・ 国民健康保険 ・ 後期高齢者医療 ・ その他() : 負担割合(割)			

下記項目は、もれなくご記載をお願いいたします。

診療情報	精神面	せん妄 ・ 精神疾患()		
	認知症	<input type="checkbox"/> 認知症状なし <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 重症 ※選択必須: 具体的症状 (徘徊 ・ 自己抜去 ・ 介護抵抗 ・ 昼夜逆転 ・ 声だし ・ 暴言 ・ 暴力)		
	行動制限	無 ・ 有 : ミトン ・ センサー ・ 四点柵 / 特記症状() 転倒歴 無 ・ 有		
	コミュニケーション	会話ができる ・ 何とか可能 ・ 不可能 ・ その他() 言語障害 ・ 視覚障害 ・ 聴覚障害 ・ その他 ()		
	点滴	無 ・ 有 : 末梢 ・ CV ・ ポート ・ PICC		
	褥瘡	無 ・ 有 : 部位 : / 大きさ : (×) 深さ :		
	多剤耐性菌	無 ・ 有 種類 : 部位 : 尿 ・ 痰 ・ 便 ・ 創部		
	たん吸引	無 ・ 有 : 回/日		
	呼吸管理	無 ・ 有 : 人工呼吸器 ・ 気管切開 ・ 酸素(ℓ/分)		
	ADL	移動	自立 ・ 介助必要 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子自走 ・ 車椅子介助 ・ 寝たきり	
食事		自立 ・ 一部介助(セッティング ・ 見守り) ・ 全面介助 ・ 嚥下障害		
食事形態		主食 : 米飯 ・ 粥食(全粥 ・ 5分粥) / 副食 : ふつう ・ 一口大 ・ きざみ / とろみつき ソフト食 ・ ペースト食 ・ 特別食() / アレルギー ・ 禁食()		
経管栄養		経鼻 ・ 胃ろう / 栄養剤名 : () (Fr.)		
排泄		・ 自立 ・ 全面介助 ・ 一部介助 (・ ポータブルトイレ ・ トイレ見守り ・ オムツ) 使用頻度(終日使用 ・ 夜間のみ) 膀胱留置カテーテル 無 ・ 有 (種類 / Fr.) ・ 人工肛門等(種類)		
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 清拭のみ			
その他の情報等	退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 同居家族 有() ・ 無 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 療養型病院 <input type="checkbox"/> その他 ※選択必須 : 申込施設、病院名 : 申込状況 : 未 ・ 済 ・ その他進捗()		
	キーパーソン	緊急連絡先 (続柄) - -		
	介護保険情報	要支援 ・ 要介護() ・ 申請中 担当事業所及び担当者()		

FAX番号 0120-772-061