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	

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(				
入院希望日	年　月　日	希望日数	日間	当院受診歴	あり・なし
栄養状態	身長(　cm) ・ 体重(　Kg)				
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)				
その他の情報等	退院先:　・自宅　同居家族有無(　) ・施設 ・療養型病院 ・その他(　)				
	キーパーソン(　続柄:　)		緊急連絡先		
	介護保険情報:　要支援 (　) ・要介護(　) ・申請中 ・未申請				
	・担当事業所 (　) ・ケアマネージャー名 (　)		使用中のマット(　)		

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	コミュニケーション・認知機能・精神面	・意思疎通(可能・不可 :具体的に記入　) ・認知症(なし ・ 軽症 ・ 重症)　・せん妄(なし ・ あり) ・転倒歴(なし ・あり)
	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) ・ 全介助 ・ 嚥下障害
	食事形態	主食:　米飯 ・ 粥食 (全粥 ・ 5分粥) ・特別食(　) ・副食: ふつう ・ 一口大 ・ きざみ・とろみつき アレルギー(なし ・あり:　)
	経管栄養	経鼻 ・ 胃ろう/栄養剤名 :(　) (　胃管種類/　Fr)
	排泄	自立 ・ 全介助 ・ 一部介助 (トイレ見守り ・オムツ使用中)・膀胱留置カテーテル挿入中(　Fr) 人工肛門等(種類:　)
	入浴	・自立　・一部介助　・全介助　・清拭のみ

診療情報提供書、ADL票やフェイスシート等添付してください

FAX番号　0120-772-061