

東北公済病院

地域包括ケアセンター入院申込書(兼)

回復期リハビリテーション入院申込書

◆お申し込みの流れ

1

入院申込書を記載してください。

※他に診療情報提供書・薬剤情報を作成願います。
(診療情報提供書・薬剤情報は書式の指定はございません)

2

入院申込書・添付文書をFAXしてください。

(診療情報提供書・薬剤情報を添付してください)
FAX 022-264-4181(地域医療センター直通)

3

判定会議

開催日: 平日に定期開催

内容: 情報提供を基に、当院受け入れ可否を判断させていただきます。

メンバー: 医師、看護師、リハビリ担当者、在宅復帰支援担当者

4

返答 (入院可否、入院予定日など)

申込み当日～3日程度で電話及びFAXにてご連絡します。

※土日祝日等によりお返事が遅れる場合があります。予めご了承ください。

5

入院



入院申込みについてのご相談・お問い合わせ先

TEL 022-227-2211(代表)

「地域包括ケアセンターの入院申込について」とご連絡ください。

FAX 022-264-4181 東北公済病院 入院申込書 2020.01版

希望される病棟をチェックしてください 地域包括ケアセンター 回復期リハビリテーション

フリガナ			性別	生年月日・年齢		
氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明治 大正 昭和 平成	年	月	日 歳
患者情報	【身長】	cm	【体重】	kg	【当院受診歴】	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
	【MMWIN加入】		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	【入院希望期間】		年 月 日 ~		年 月 日	
	【入院目的】 <input type="checkbox"/> ADL向上 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他 []					
	【感染症】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []			【アレルギー】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []		
【当院退院後の通院先】 紹介元 他医療機関 []						
医療行為	【点滴】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養: <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> PICC 部位 []					
	【心電図】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	【呼吸管理】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素 [] L/分					
	【たん吸引】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: [] 回/日					
	【透析】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: [] 時間 [] 月水金 <input type="checkbox"/> 火木土 <input type="checkbox"/> 他院で実施中 更生医療 [<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無]					
【褥瘡】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 部位 [] 処置 []						
移動	【歩行】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不可 《使用器具》 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 歩行器					
	【移乗動作】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【車椅子移動】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助					
食事	【経口摂取】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 ※食事形態および制限食等の内容					
	【嚥下障害】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []					
	【経管栄養】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 栄養剤 [朝 ml 昼 ml 夕 ml]					
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ					
	<input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> フォーレ留置					
入院前ADL						
ナースコール	<input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない					
意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話ができる <input type="checkbox"/> なんとか可能 <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> その他 []					
認知症状 (問題行動)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※具体的な症状を記入してください		家族関係図 ※同居は丸囲みにしてください。 ※キーパーソンは☆ 家族の年齢・居住地 など ◎ 家族の協力 協力的 ・ 依頼すれば可 ・ 困難			
有料個室	<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可					
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中/区分変更中 訪問調査日 [] <input type="checkbox"/> 有 要支援 [] 要介護 []					
転帰先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 未定 施設名 <input type="checkbox"/> 施設 [申込み: <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 [] <input type="checkbox"/> 病院 [病院名: [] ※元の施設や病院に戻る身体的条件や期日など					
	[]					
※ ご意向をご記入ください 入院利用目的および希望 レスパイトの場合入院中の希望 など						
本人				家族		
その他						

※診療情報提供書と薬剤情報を添付願います。 記入日 年 月 日 記載者 _____