

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 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] <input type="checkbox"/> 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 [] | | | |
| 排泄 | 【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 夜 ml] | | | |
| 入院前ADL | <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 | | | |
| 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 | | |
| 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 | ◎ | 家族の協力 協力的・依頼すれば可・困難 | | |
| 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 _____