

送信先	医療福祉支援センター 地域包括ケア担当	送信元	名称		担当者
	TEL : 053-545-5190		TEL		
	FAX : 0120-435-351		FAX		

紹介患者基本情報 ※ケアマネジャー、施設相談員、訪問看護からのご紹介の時もできるだけ「診療情報提供書」の提示をお願い致します。

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	生年月日		年齢
患者氏名		<input type="checkbox"/> 女	年	月	日 歳
介護保険 認定情報	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 (1 2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1 2 3 4 5)				
現住所	〒	患者電話番号	自宅		
			携帯		
フリガナ		フリガナ			
家族氏名①	キーパーソン	家族氏名②			
続柄		続柄			
家族住所		家族住所			
家族電話番号	自宅	家族電話番号	自宅		
	携帯		携帯		

地域包括ケア病床に入院を希望される理由

<input type="checkbox"/> 急性期の治療は終了したがもう少し経過観察が必要 <input type="checkbox"/> 退院許可が出たがすぐに自宅や施設に移行することが不安 <input type="checkbox"/> 一定期間のリハビリを希望 <input type="checkbox"/> 自宅からの短期入院 <input type="checkbox"/> その他 ()	
個室希望の有無	<input type="checkbox"/> 個室(3,000円+税)を希望します <input type="checkbox"/> 大部屋希望 個室は希望しません ※患者様の状態によっては個室を使用して頂く場合がございます。

短期入院希望の方の情報 ※ADLの状況が分かるものの添付をお願い致します。

希望入院 期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 (日間) ※入院のお時間は、当院より連絡いたします。
医療行為 処置等	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 _____ ℓ <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃瘻 腸瘻 経鼻) <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 麻薬使用管理 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> その他 ()
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 問題行動なし <input type="checkbox"/> 問題行動あり (どのような)

確認事項

退院先 (方向性)	<input type="checkbox"/> 自宅へ帰ります <input type="checkbox"/> 施設入所予定です 《施設名: _____》 入居予定日: 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未定
備考	