

【メディカル ショートステイ】入院申し込み書

京都からすま病院 地域連携室
FAX: 075-494-1033

ふりがな		大正・昭和・平成
氏名	男 ・ 女 〔当院診察券番号： 〕	生年月日 年 月 日 年齢 歳
住所		電話番号
主病名 入院目的		
入院希望期間	年 月 日(曜日)～ 月 日(曜日)	計 泊 日
来院方法	自家用車・介護タクシー(□車椅子□ストレッチャー)・()	
要介護認定 障害区分認定	□要支援〔 〕 □要介護〔 〕 □障害区分〔 〕 《利用中サービス》 訪問診療・訪問看護・ヘルパー・デイサービス・ショートステイ・配食・福祉用具・リハビリ：通所・訪問 / 週 回・その他：	
病室の希望	□個室(トイレ付：1日13,200円) □個室(トイレ無：1日8,800円) □4人室(1日2,200円) □4人室(差額ナシ) ※各室消費税込	
医療行為	□褥瘡処置 □痰吸引 □在宅酸素 □経管栄養(胃瘻・経鼻・腸瘻) □麻薬管理 □IVH □人工呼吸器 □その他〔 〕	
食事	□常食 □粥食 □キザミ食 □ミキサー食 □その他〔 〕 □嚥下障害〔有・無〕 □経管内容〔 〕 □カロリー制限〔 kcal〕 □塩分〔 g〕 □水分制限〔 ml〕 □トロミ〔有・無〕	
身体状況	□自立歩行 □杖歩行 □歩行器 □介助歩行 □車椅子 □リクライニング □ベッド上〔エアマット：要・不要〕	
排泄	□トイレ □ポータブルトイレ □カテーテル留置 □人工肛門 □その他〔 〕 □オムツ □リハビリパンツ	
睡眠	□良眠 □不眠〔夜間せん妄：有・無〕〔眠剤使用：有・無〕	
精神状態	□認知症〔有・無〕〔周辺症状：□徘徊□大声・独語〕 □その他〔 〕	
感染症	□なし □あり〔 コロナワクチン接種歴 回済 / 年 月・未接種	
ケアプラン 作成事業所	事業所名： 担当者名： 連絡先：	
備考		

記入日： 年 月 日 申込者： 〔連絡先： 〕

申込医療機関・事業所名：