【メディカル・ショートスティ】入院申し込み書

京都からすま病院 地域連携室 FAX: 075-494-1033

大名	ふりがな			大正・昭	3和 •	平成			
住 所	氏 名	男	生年月日	年	月	日			
主病名									
主病名 上病名 日 日 日 曜日) 月 日 曜日 計 1 日 1 日 1 日 1 日 1 日 1 日 1 日 1 日 1 日		〔当院診察券番号: 〕 女	年 齢			歳			
主病名 上病名 日 日 日 曜日) 月 日 曜日 計 1 日 1 日 1 日 1 日 1 日 1 日 1 日 1 日 1 日									
入院希望期間 年 月 目(曜日)~ 月 日(曜日) 計 泊 目 要介護認定 障害区分認定 (利用中サービス) 病室の希望 □個室(トイレ付:1日13,750円) □個室(トイレ無:1日7,700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 □標格処置 □成吸引 □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(〕 □塩分 [項 項] □ルカリー制限 [□本がき食 □ミキサー食 □その他 [] 回水分制限 □ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	住 所		電話番号						
入院希望期間 年 月 目(曜日)~ 月 日(曜日) 計 泊 目 要介護認定 障害区分認定 (利用中サービス) 病室の希望 □個室(トイレ付:1日13,750円) □個室(トイレ無:1日7,700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 □標格処置 □成吸引 □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(〕 □塩分 [項 項] □ルカリー制限 [□本がき食 □ミキサー食 □その他 [] 回水分制限 □ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・									
要介護認定障害区分認定	主病名								
要介護認定障害区分認定									
要介護認定障害区分認定	7.吃条切钳!!!	年 日 日(曜日)。	П (П	翌日) 計	泸	П			
要介護認定 障害区分認定	八阮和主州间	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,				Н			
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:		口女人饭 () 口女儿咬 (ļ				
訪問診療・訪問者護・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:		《利用中サービス》							
「個室(トイレ付:1日13,750円)	陴舌区分泌化	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 ・							
万字の希望		福祉用具 ・ リハビリ: 通所 ・ 訪問 /週 回 ・ その他:							
□4人室(1日 2,200 円) □4人室(差額ナシ) ※各室消費税込 □縛瘡処置 □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 [] □離下障害 [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] 行動障害 □なし □認知症 [有 ・ 無] □徘徊 □暴言 □暴力 □大声 □介助拒否 □不潔行為 □幻覚・幻聴 □妄想 □睡眠障害 □昼夜逆転 □その他 () 感染症 □なし □あり [] ケアプラン 事業所名: μ当者名: 連絡先:	病室の希望	□個室(トイレ付:1 日 13,750 円) □個室(トイレ無:1 日 7,700 円)							
医療行為	//1 <u></u>	□4 人室(1 日 2,200 円) □4 人室(差額ナシ) <i>※各室消費税込</i>							
□麻薬管理 □IVH □人工呼吸器 □その他[] 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] □自立歩行 □杖歩行 □歩行器 □介助歩行 □車椅子 □リクライニングロベッド上 [エアマット: 要 ・ 不要] □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] □なし □認知症 [有 ・ 無] □徘徊 □暴言 □暴力 □大声 □介助拒否□不潔行為 □幻覚・幻聴 □妄想 □睡眠障害 □昼夜逆転 □その他 () 感染症 □なし □あり [] ケアブラン 作成事業所 担当者名: 連絡先:	 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)							
食事 □嚥下障害〔有・無〕□経管内容〔 g〕 □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〕 行動障害 □なし □認知症〔有・無〕□徘徊 □暴言 □暴力 □大声 □介助拒否 □不潔行為 □幻覚・幻聴 □妄想 □睡眠障害 □昼夜逆転 □その他() 「なし □あり〔 」 ケアプラン作成事業所 担当者名: 連絡先:									
食事 □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] 行動障害 □なし □認知症 [有 · 無] □徘徊 □暴言 □暴力 □大声 □介助拒否 □不潔行為 □幻覚・幻聴 □妄想 □睡眠障害 □昼夜逆転 □その他 () 感染症 □なし □あり [ケアプラン 作成事業所 担当者名: 連絡先:									
□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] □保利使用: 有・無] 行動障害 □なし □認知症[有・無] □徘徊 □暴言 □暴力 □大声 □介助拒否 □不潔行為 □幻覚・幻聴 □妄想 □睡眠障害 □昼夜逆転 □その他() 感染症 □なし □あり[] ケアプラン 作成事業所 担当者名: 連絡先:	食事								
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] 行動障害 □なし □認知症 [有 ・ 無] □徘徊 □暴言 □暴力 □大声 □介助拒否 □不潔行為 □幻覚・幻聴 □妄想 □睡眠障害 □昼夜逆転 □その他 () 感染症 □なし □あり [] ケアプラン 作成事業所 担当者名: 連絡先:									
排泄 □ベッド上 [エアマット: 要 ・ 不要] 山トイレ □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] 行動障害 □なし □認知症 [有 ・ 無] □徘徊 □暴言 □暴力 □大声 □介助拒否 □不潔行為 □幻覚・幻聴 □妄想 □睡眠障害 □昼夜逆転 □その他 () 感染症 □なし □あり [] ケアプラン 作成事業所 担当者名: 連絡先:									
#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] 行動障害 □なし □認知症 [有 ・ 無] □徘徊 □暴言 □暴力 □大声 □介助拒否 □不潔行為 □幻覚・幻聴 □妄想 □睡眠障害 □昼夜逆転 □その他() 感染症 □なし □あり [] ケアプラン 事業所名: 担当者名: 連絡先:	身体状況			・何士 ロリ	クフィ	ニング			
#泄 □その他 □									
 睡眠 □良眠 □不眠〔夜間せん妄: 有 ・ 無 〕〔眠剤使用: 有 ・ 無 〕 □なし □認知症〔有 ・ 無 〕□徘徊 □暴言 □暴力 □大声 □介助拒否 □不潔行為 □幻覚・幻聴 □妄想 □睡眠障害 □昼夜逆転 □その他() すアプラン 作成事業所 担当者名: 連絡先: 	排泄								
行動障害 □なし □認知症〔有 ・ 無 〕□徘徊 □暴言 □暴力 □大声 □介助拒否 □不潔行為 □幻覚・幻聴 □妄想 □睡眠障害 □昼夜逆転 □その他() 感染症 □なし □あり〔	睡眠								
 行動障害 □不潔行為 □幻覚・幻聴 □妄想 □睡眠障害 □昼夜逆転 □その他() 感染症 □なし □あり [] ケアプラン 事業所名: 作成事業所 担当者名: 連絡先: 									
感染症 □なし □あり [ケアプラン 事業所名: 作成事業所 担当者名: 連絡先:									
作成事業所 担当者名: 連絡先:	 感染症				·— 、				
作成事業所 担当者名: 連絡先:		_ , , , ,							
備考		担当者名: 追	基絡先:						
備考									
	備考								

記入日:	年	月		申込者:	〔連絡先:)			
申込医療機関・事業所名:									