【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		生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日
氏　　名	男・女 〔当院診察券番号： 〕	年　　齢	歳
住　　所		電話番号	
主病名			
入院希望期間	年 月 日（ 曜日）～ 月 日（ 曜日） 計 泊 日		
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 13,750 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	□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 〕		
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	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：