

必要事項をご記入の上、以下宛(入院相談担当)にFAXしていただきますようお願いいたします。

FAX:0766-23-0237

TEL:0766-23-0204(代表)

| | | | |
|--------------|--|---------------|---|
| ご依頼元事業所・施設 | | TEL | |
| ご担当者氏名 | | FAX | |
| ふりがな | | 大・昭・平 | |
| 患者氏名 | 生年月日 | 年 月 日 歳 | 男・女 |
| 患者住所 | | 患者 TEL | |
| 入院希望日 | 令和 年 月 日 | 高岡市民病院 受診歴 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ID() |
| 傷病名 | | 部屋希望 | <input type="checkbox"/> トイレ付き個室(5,500円) <input type="checkbox"/> 4人床 <input type="checkbox"/> トイレなし個室(3,850円) |
| 医療行為等 | <input type="checkbox"/> 創傷処置(褥瘡) <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 点滴(末梢・CVカテーテル・CVポート) | | |
| 入院前 生活環境 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(名称:) | 退院先希望 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設() <input type="checkbox"/> 未定 |
| 介護保険 | <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中・区分変更中(申請日: 認定調査日:) <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 | | |
| 担当ケアマネージャー | 居宅名() | | |
| 家族構成 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦2人暮らし <input type="checkbox"/> その他() キーパーソン (続柄) | | |
| 排泄 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| 更衣 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| 食事 | 嚥下障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 経口摂取 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セツティング <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 食事形態 () とろみ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 移動 | <input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 見守り歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子自走 <input type="checkbox"/> 車椅子一部介助 <input type="checkbox"/> 車椅子全介助 <input type="checkbox"/> 寝たきり | | |
| 身体症状 | 視力障害 <input type="checkbox"/> あり (眼鏡 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> なし 聴力障害 <input type="checkbox"/> あり (補聴器 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> なし 言語障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 認知症状 | <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 備考 (特記事項) | | | |

お申し込みの際は診療情報提供書、薬情報、リハビリ情報もお送りください。
希望に沿えないことがあります。ご了承ください。