

# 【在宅療養後方支援病床利用連携シート】（入院申し込みシート）

作成日 ○○年 ○○月 ○○日

別添資料  無  有 ( ) 枚

医療機関：  
 ○○病院  
 医療連携室 ○○様  
 ☎：○○-○○○○-○○○○  
 FAX：○○-○○○○-○○○○



依頼者(居宅介護事業者等、氏名)：  
 ○○事業所・担当○○  
 ☎：○○-○○○○-○○○○  
 FAX：○○-○○○○-○○○○

連絡先・名称は正しく記載

今回の情報提供にあたっては、ご本人・ご家族の同意を得ております。

2019年 ○○月 ○○日より 約( 10 )日間

- 介護者休養・用事等不在のため
- 介護者の急病や介護困難のため
- 対象者の加療や検査のため

後方支援病床利用について情報提供します。

氏名(イニシャル)： ○・○		性別：( <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 )	入院時の状況			
イニシャルで記載		コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 良好	<input checked="" type="checkbox"/> 不良( 難聴のため筆談が必要 )		
住所：	港区 赤坂 ○○丁目	認知症症状	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 症状：記憶障害 )		
生年月日：	○○年 ○○月 ○○日 ○○歳	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 要介助 形態( 粥・柔らかく調理 )	
介護認定：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 要 ( 介護2 )	経管栄養( 義歯 )	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			
既往症： ○○歳：心不全 ○○歳：アルツハイマー型認知症		排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
麻痺： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		移動	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> オムツ	
家族構成(ジェノグラム等) ★キーパーソン表示		【伝達事項】				
<p>記載方法は問わない</p>		心身の状況や生活環境に関する特記事項があれば記載。管理が必要な薬等がある場合にも合わせて記載する。				
医療・介護	名称・担当者	訪問診療	AM	PM	サービス状況	
医師	○○クリニック・○○医師	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	月		※番号及び略語でご記載ください。	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	火	①	①訪看：訪問看護	
歯科医師	○○歯科・○○歯科医師	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	水		②訪介：訪問介護	
薬局	○○○薬局		木		③訪リ：訪問リハ	
訪問看護	○○○訪問看護事業所		金	④	④デイ・ <u>デイスサービス</u> ・デイケア	
その他サービス事業所	○○○訪問介護事業所		土		⑤その他 ( )	
	○○○訪問リハビリ事業所		日			