

【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）

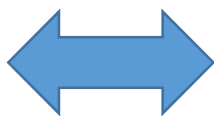
作成日 年 月 日

別添資料 無 有 () 枚

医療機関：

☎：

FAX：



依頼者(居宅介護事業者等、氏名)：

☎：

FAX：

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。

年 月 日より 約()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 type="checkbox"/> 女)		入院時の状況		
		コミュニケーション		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良()		
住所：	港区	認知症症状		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状：)		
生年月日：	年 月 日 歳	食事		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 形態() <input type="checkbox"/> 経管栄養() 義歯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
介護認定：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 要 ()	排泄		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ		
既往症：		移動		<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子		
麻痺：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢		【伝達事項】		
家族構成(ジェノグラム等)		★キーパーソン表示				
医療・介護	名称・担当者	訪問診療		AM	PM	サービス状況
医師		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	月			※番号及び略語で ご記載ください。 ①訪看：訪問看護 ②訪介：訪問介護 ③訪リ：訪問リハ ④デイ： (デイサービス・デイケア) ⑤その他 ()
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	火			
歯科医師		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	水			
薬局			木			
訪問看護			金			
その他 サービス事 業所			土			
			日			