

●ご希望される「入院」に ☒ をご記入ください。 ☐ レスパイト入院 ☐ 短期集中リハビリ入院

依頼者	病医院/ 事業所名			担当者名		
	TEL			FAX		
患者情報	フリガナ			生年月日	年 月 日 (歳)	
	本人氏名					
	住所	〒		TEL	() -	
	主介護者 情報	氏名 :		続柄	TEL	() -
	主病名					
	入院希望の 理由					
	入院希望の 期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()				* 期間は最長21日以内 * 入退院日は基本平日
	病室の希望	☐ 個室 (1日 ¥ 5,000~8,000税別) ☐ 2人室 (1日 ¥ 2,500~3,000税別) ☐ 4人室 ☐ いずれでも可				
	退院先	☐ 自宅 ☐ 施設 (施設名 :) * 老健不可				
	医療行為	☐ なし ☐ 褥瘡処置 ☐ エアマット ☐ 点滴 ☐ 胃瘻 ☐ 腸瘻 ☐ 経鼻胃管栄養 ☐ 中心静脈 ☐ 在宅酸素 ☐ 気管切開 ☐ 人工呼吸器 (機種名 :) ☐ 痰吸引 ☐ 麻薬の管理 ☐ その他 ()				
	食事	☐ 自力摂取 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ⇒食事の内容・形態・制限 () ☐ 経管栄養 (内容 :) ・1回量 : mL ・回数 回/日 ☐ 嚥下障害なし ☐ 嚥下障害あり 《⇒トロミ ☐ 有 (汁物・水分) ☐ 無》				
	身体状況	☐ 自立 ☐ 杖歩行 ☐ 歩行器歩行 ☐ 車椅子移動 ☐ 寝たきり(褥瘡マット使用⇒ ☐ 有 タイプ : ☐ 無) ☐ その他 ()				
	排泄	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ オムツ・リハビリ・パット ☐ 導尿 ☐ Baカテーテル(Fr) ☐ その他 () ☐ 自立 ☐ 一部介助 (介助量 :) ☐ 全介助 尿便意 ☐ 有 ☐ 無 失禁 ☐ 有 ☐ 無				
	清潔(入浴)	☐ 自立 ☐ 清拭 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 特浴				
	認知症状	☐ なし ☐ あり (その場合、下記BPSDの有無を記入)				
BPSD	☐ 暴力 ☐ 暴言 ☐ 徘徊 ☐ 介助拒否 ☐ 不潔行為 ☐ 抑うつ ☐ 不安 ☐ 幻覚 ☐ 妄想 ☐ 睡眠障害 ☐ 異食 ☐ その他 ()					
伝達事項						
在宅支援体制	かかりつけ医	病医院名 :		主治医名 :		
	要介護度	☐ なし ☐ 申請中・区変中 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5				
	障害・難病	☐ 障害区分 () ☐ 難病 () ☐ その他 ()				
	居宅介護 支援事業所	事業所名 :		担当者 :		

〔メモ欄〕