

名南病院入院相談用紙

電話:052-691-3437、FAX:052-691-7233

依頼者名： _____ 様（関係： _____ ）依頼日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな			大正	昭和	
氏名	男	生年月日	年 月 日		
	女		(歳)		
住所			連絡先：		
緊急連絡者氏名			緊急連絡者電話番号：		
かかりつけ			連絡先：		
医師名					
内服薬	処方あり 処方なし				
主な病名					
入院希望理由					
入院希望期間	年 月 日 時～ 月 日 時				
医療処置	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置（部位： _____、内容： _____） <input type="checkbox"/> 点滴（IVH、ポート） <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）				
食事	<input type="checkbox"/> 主食（形態： _____） <input type="checkbox"/> 副食（形態： _____） <input type="checkbox"/> 経管栄養（胃瘻・経鼻・腸瘻） <input type="checkbox"/> 嚥下障害： あり・なし <input type="checkbox"/> とろみ剤使用： あり・なし				
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> オムツ 尿意（あり・なし） 便意（あり・なし） <input type="checkbox"/> コロストマ <input type="checkbox"/> ウロストミー				
身体状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 褥瘡マット（必要・不必要）				
精神状況	<input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> オムツ外し <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）				
その他					
コロナ罹患歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 最終：（ _____ ）頃感染				
介護認定	<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 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中（調査日： _____ ）				
ケアプラン作成者	事業所：		連絡先：		
	担当者名：				

情報提供書を添えてFAXしてください。

名南病院担当：