

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				
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： 担当者名：			連絡先：		

情報提供書を添えてFAXしてください。

名南病院担当：