浜松北病院　地域包括ケア病床　入院相談申込書

送信日　　年　　月　　日

送信先	医療福祉支援センター　地域包括ケア担当 TEL ： 053－545－5190 FAX ： 0120－435－351	送信元	名称		担当者
			TEL		
			FAX		

紹介患者基本情報　※ケアマネジャー、施設相談員、訪問看護からのご紹介の時もできるだけ「診療情報提供書」の提示をお願い致します。

フリガナ		□ 男	生 年 月 日		年齢
患者氏名		□ 女	年　月　日		歳
介護保険認定情報	□ 未申請　□ 申請中　□ 要支援（１ ２）　□ 要介護 （ １ ２ ３ ４ ５ ）				
現住所	〒		患者電話番号	自宅	
				携帯	
フリガナ			フリガナ		
家族氏名①	キーパーソン		家族氏名②		
続柄			続柄		
家族住所			家族住所		
家族電話番号	自宅		家族電話番号	自宅	
	携帯			携帯	

地域包括ケア病床に入院を希望される理由

□ 急性期の治療は終了したがもう少し経過観察が必要　□ 退院許可が出たがすぐに自宅や施設に移行することが不安

□ 一定期間のリハビリを希望　□ 自宅からの短期入院

□ その他 （　　）

個室希望の有無	□ 個室（3,000円＋税）を希望します　□ 大部屋希望　個室は希望しません ※患者様の状態によっては個室を使用して頂く場合がございます。

短期入院希望の方の情報　※ADLの状況が分かるものの添付をお願い致します。

希望入院期間	平成　年　月　日　から 平成　年　月　日（　日間） ※入院のお時間は、当院より連絡いたします。
医療行為処置等	□ 褥瘡処置　□ 在宅酸素　ℓ　□ 経管栄養（ 胃瘻　腸瘻　経鼻 ）　□ たん吸引 □ 点滴　□ インスリン注射　□ 麻薬使用管理　□ 人工呼吸器 □ その他 （　　）
認知症	□ 無　□ 有　□ 問題行動なし　□ 問題行動あり　（どのような）

確認事項

退院先（方向性）	□ 自宅へ帰ります □ 施設入所予定です　《施設名：　　》 入居予定日：　平成　年　月　日　□ 未定
備考	