

FAX：092-595-0597

緊急 (当日 ・ 翌日) 御紹介施設名

※16時以降の緊急入院申込みは電話での受付となります。 電話番号

希望 【 日時： 月 日 時頃】 記入者

送迎サービス希望 【 する しない 】

※送迎サービスは月曜日～金曜日みの運行となります。

診療情報提供書 有 無

申込年月日: R 年 月 日

フリガナ			T・S・H 年 月 日		当院での 後方支援登録		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
患者氏名	男・女		生年月日	歳				
住所	〒 連絡先： ()							
主病名	#1				入院 目的	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> リハビリ		
	#2					<input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> レスパイト		
	#3					<input type="checkbox"/> その他 ()		
生活歴	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 家族同居	同居者氏名			続柄	
	<input type="checkbox"/> 施設 / 病院		名称					
キーパーソン ① ※同居の場合 住所不要	名前	連絡先			名前	連絡先		
	住所	続柄		②	住所	続柄		
介護保険	<input type="checkbox"/> あり	要介護・要支援 ()		ケアマネ情報	事業所	TEL : ()		
	<input type="checkbox"/> なし			認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 不明			問題行動	()			
感染症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> その他 ()					
禁忌					酸素投与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ℓ/分)		
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 元施設 <input type="checkbox"/> 他施設 ()				急変時対応	<input type="checkbox"/> 転院希望 <input type="checkbox"/> 見守り		
	<input type="checkbox"/> その他 ()					<input type="checkbox"/> 当院での救急治療		
移動/移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> ストレッチャー							
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 経口	食種 ()	形態 ()	カロリー ()		
	<input type="checkbox"/> 経管	<input type="checkbox"/> 経鼻	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 腸瘻	注入食内容	<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	

[追加項目]

排尿/排便	<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"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> カテ留置					
身体抑制	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ()		喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 (/日)				
コロナ	<input type="checkbox"/> ワクチン未接種	ワクチン接種回数	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 回	発熱の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (°C)			
来院方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 施設車 <input type="checkbox"/> その他 ()							