

紹介元医療機関・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター	
機関名	
所在地	
申込者氏名	職種
申込者連絡先	TEL FAX

在宅サポート入院希望者				
フリガナ		男	生年月日	年 月 日
氏名		女	年齢	歳
現住所				
電話番号				
診断名				
入院希望日	年 月 日	～	年 月 日	
入院理由				
当院診察券	有 ・ 無	診察件No.		
要介護認定	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	未・申請中	
退院先				

現在の状態	
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養（胃瘻・腸瘻・経鼻） <input type="checkbox"/> ストーマ その他（ ）
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 内容（ ） 食事形態（主食： 副食： ） 嚥下障害 あり ・ なし
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ その他（ ）
身体状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上（褥瘡マット使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） その他（ ）
睡眠状況	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠（夜間せん妄 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） 睡眠剤使用 あり ・ なし
精神状況	<input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 認知症なし
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族あり（ ）
アレルギー	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし
持ち物	義歯 補聴器 眼鏡

※服薬情報がわかるものを、併せて送信して下さい。