ちびき病院 入院相談患者情報

（相 談 者 記 入 用 紙）　　　　　　　　　　　　　　　記入年月日 　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 生年月日　[ ] 大正　[ ] 昭和　[ ] 平成　　　　年　　　月　　　日　　　歳 |
| 住　所 | 〒 | 電話番号 |
| 主病名 |  | 主既往歴 |  |
| 現在の所在 | 　[ ] 自宅　 [ ] 施設 （施設名　　　　　　　　　　　[ ] 入院中（病院名：　※入院中の場合は入院年月日を記入して下さい（　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 相談者 |  | 続柄 | 電話番号 |  |

※該当するものに○印を付けて下さい（分かる範囲で結構です）。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 現在行っている医療処置　等について | [ ] 中心静脈栄養　　[ ] 点滴[ ] 人工肛門　　[ ] 膀胱留置カテーテル[ ] 気管切開　　[ ] 酸素療法[ ] 褥瘡　　[ ] 痰吸引　　[ ] インスリン[ ] 経管栄養（[ ] 胃瘻　[ ] 経鼻）[ ] 透析　　[ ] 内服のみ[ ] その他（ | 機能障害 | [ ] 麻痺（部位[ ] 四肢欠損（部位[ ] 寝たきり状態[ ] 車椅子[ ] 認知症（[ ] 軽度　[ ] 中度　[ ] 重度）[ ] 認知症の周辺症状（主な症状） |
| 聴　力 | [ ] 普通　　[ ] やや困難　　[ ] 困難 | 入　浴 | [ ] 自立　　[ ] 一部介助　　[ ] 全介助 |
| 視　力 | [ ] 普通　　[ ] やや困難　　[ ] 困難 | 更　衣 | [ ] 自立　　[ ] 一部介助　　[ ] 全介助 |
| 歩　行 | [ ] 自立　　[ ] 一部介助　　[ ] 全介助 | 排　泄 | [ ] 自立　　[ ] 一部介助　　[ ] 全介助 |
| 食 事 | [ ] 自立　　[ ] 一部介助　　[ ] 全介助 | 意思疎通 | [ ] 普通　　[ ] やや困難　　[ ] 困難 |
| 現在の状態 |  |
| 介護認定度 | 　[ ] 要支援　　　[ ] 要介護　（　[ ] １　　[ ] ２　　[ ] ３　　[ ] ４　　[ ] ５　　）　　[ ] 申請中　　　[ ] 区分変更中　　　[ ] 未申請 |
| 介護支援専門員 | 　事業所：　　　　　　　　　　　　　　　 　　担当者： |
| 入院希望日 | 　[ ] 即日　　　[ ] 近日中　　[ ] その他（ |
| 退院先の希望 | 　[ ] 自宅　　[ ] 施設　　[ ] 当院療養病棟　　[ ] 未定　　[ ] その他（ |
| 本人・家族の要望 |  |

※ありがとうございました。お手数ですがこの用紙をメールかＦＡＸまたは受付窓口までご持参下さい。

ＦＡＸ ０１７５－６４－２１７２　　メール　msw-kameda@chibiki-hp.com 入院相談担当 亀田