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](mailto:msw-kameda@chibiki-hp.com) 入院相談担当 亀田