

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	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	歳	
住所	〒						電話番号			
主病名				主既往歴						
現在の所在	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (施設名			<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 内服のみ <input type="checkbox"/> その他 (機能障害	<input type="checkbox"/> 麻痺 (部位 <input type="checkbox"/> 四肢欠損 (部位 <input type="checkbox"/> 寝たきり状態 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 認知症 (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度) <input type="checkbox"/> 認知症の周辺症状 (主な症状)
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難
現在の状態			
介護認定度	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請		
介護支援専門員	事業所: _____ 担当者: _____		
入院希望日	<input type="checkbox"/> 即日 <input type="checkbox"/> 近日中 <input type="checkbox"/> その他 (
退院先の希望	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 当院療養病棟 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 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