

京都協立病院 在宅支援入院 申込書

申込日 年 月 日

※太枠内はご担当のケアマネジャー様や相談員様で記載をお願いします

ふりがな 利用者名 男・女	生年月日 M・T・S 年 月 日 歳
〒 - 住所 Tel () -	ADL・その他 食事 (自立・半介助・全介助) 食事形態 (米飯・お粥・きざみ・ミキサー・とろみ) 排泄 (トイレ・ポータブル・おしり・パルン留置) 尿意 (無・有) 便意 (無・有) 起居 (自立・半介助・全介助・寝たきり) 歩行 (自立・歩行器・車椅子・寝たきり) 移乗動作 (自立・半介助・全介助) 入浴 (自立・半介助・全介助) コミュニケーション (普通・やや困難・困難) 認知症にともなう周辺症状 (無・徘徊・不潔行為・暴言・暴力・大声・昼夜逆転・せん妄) 難聴 (無・有) 視力障害 (無・有) 麻痺 (無・有) : 部位 創処置 (無・有) : 部位 エアーマット使用 (無・有) 気管切開 (無・有) 在宅人工呼吸器 (無・有) 酸素使用 (無・有) : 使用時 () L/分 経管栄養 (無・有) : 胃ろう・腸ろう・経鼻 点滴・IVH (無・有) 喀痰吸引 (無・有) ストーマ (無・有) インスリン使用 (無・有) その他
主病名 かかりつけ医 () ----- ----- ----- ----- 他の医療機関受診 (有・無) ※例: 眼科・耳鼻科など 医療機関名 ()	
入院希望日 (60日以内) 月 日から 月 日まで	
申込理由 <input type="checkbox"/> 入院でのリハビリを希望するため <input type="checkbox"/> 入院による検査を希望するため <input type="checkbox"/> 介護者の休息のため <input type="checkbox"/> 緊急を要する状況にあるため (理由:) <input type="checkbox"/> その他 ()	
身障手帳 無・有・不明 : 持っている場合 級 肢体不自由・その他:	認定有効 年 月 日 から 期間 年 月 日 まで
要介護度 要支援Ⅰ・Ⅱ 要介護Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ・(再)申請中	利用中の介護保険サービス
ケアマネジャー (事業所) (TEL) (担当者)	申込代理者(家人等連絡先) ふりがな 氏名 続柄: 住所 〒 - 連絡先: Tel () -
家族構成 本人	同居者を○で囲む キーパーソンに◎をつける 兄弟は第一子を左から 入院中の希望や注意事項など
※判定結果 (病院記載欄) ・入院 可 ・ 否 (理由:) ・看護必要度 () 点	
入院予定日 月 日 ()	