**東北医科薬科大学 若林病院 地域包括ケア病床（レスパイト）予約申込書（FAX専用）**

平成　　　年　 　月　 　日

東北医科薬科大学 若林病院

〒984－8560　仙台市若林区大和町2－29－1

TEL：022－236－5871（地域医療連携・相談室）

FAX：022－236－5920（地域医療連携・相談室）

紹介元医療機関の所在地及び名称

TEL：

FAX：

**※かかりつけ医からの診療情報提供書と本状をご一緒にFAXお願いいたします。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | 性別 | 男性 ・ 女性 | 生年月日 | 大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳） | |
| 住所 |  | | | | 電話番号 |  | |
| 傷病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日　発症 | | | | | | |
| 入院希望の理由： | | | | | | |
| 入院希望期間　：　　　　　平成　　　年　　　月　　　日　　～　　平成　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 入院面談希望日：　　　第一希望　平成　　年　　月　　日　　　　　　第二希望　平成　　年　　月　　日 | | | | | | |
| キーパーソン：（続柄　　　　　）氏名：  退院先：□自宅 　□ 施設 （種別と施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 介護認定または社会保障制度利用状況：□　要支援　　　□要介護　　　□身障手帳　□その他  ケアプラン作成事業所：名称（　　　　　　　　　　　　）　担当者（　　　　　　）電話番号（　　　　　　　） | | | | | | |
| 訪問看護ステーション：名称（　　　　　　　　　　　）担当者（　　　　　　）電話番号（　　　　　　） | | | | | | |
| 医療行為 | | □　気管切開　　　□　胃ろう 　　 □　痰吸引　（頻度：　　　　　）　□　麻薬の管理  □　褥瘡処置　（部位：　　　　　　 　）□　在宅酸素　（流量：　　　　　ℓ／min）　□　点滴  □　その他 | | | | |
| 薬の内容 | | □　診療情報提供書参照　　□　お薬手帳のコピー  □（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 移　　動 | | * 歩行　　　自立　・　見守り　・　杖　・　歩行器具（　　　　　　　　　　　　） * 車いす　　自走　・　一部介助　・　全介助　□　寝たきり（マットレスの種類　　　　　　　　） | | | | |
| 排　　泄 | | 日中：　自立　・　オムツ　・　ポータブルトイレ　・　尿器　・　尿カテーテル  夜間：　自立　・　オムツ　・　ポータブルトイレ　・　尿器　・　尿カテーテル | | | | |
| * 人工肛門　　　　□　膀胱ろう　　□　その他（　　　　　　　　） | | | | |
| 入　　浴 | | 一般浴　・　機械浴　・　シャワー浴　・　清拭　（自立・一部介助・全介助） | | | | |
| 食　　事 | | * 嚥下障害あり　□　嚥下障害なし * 経口摂取　（自立　・　見守り　・　一部介助　・　全介助） * 食事形態（　　　　　　　　 ）□　とろみあり（水分のみ）　□　食事にとろみあり | | | | |
| 身体症状等 | | □　言語障害  □　問題行動あり（□　大声　□　危険行動　□　徘徊　）□　認知機能障害（　　　　　　　　） | | | | |
| 感染症 | | * なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 部屋の希望 | | * 多床室　□　二人部屋　□　個室（トイレなし）□　個室（トイレあり）□　個室（特別室） | | | | |
| その他 | | * ケアの注意点（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

※ご記入いただいた個人情報は、当院の診療以外の目的で使用することはありません