

在宅患者短期入院依頼書

事業所名・担当ケアマネジャー

年 月 日
(医)財団法人勤労者医療会

東葛病院

TEL 04-7186-7331

FAX 04-7128-7194

患者サポートセンター

TEL

FAX

患者氏名	様 (男・女)					
生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)					
介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5					
A D L	ねたきり・ポータブル(自立・見守り)・自立					
転倒	時々・頻回・なし		認知状況	徘徊・危険行動・オムツ外し		
声出し	有・無		エアマット使用	有・無		
食事	方法	全介助	部分介助	見守り	自立	
	形態	米飯	粥			
		常食・軟菜・一口大・きざみ・ミキサー・とろみ(濃い 中間 薄い 極薄い)				
	胃瘻・EDチューブ					
	栄養剤名	以下には微温湯の量を記入				
	朝	昼	夕			
排泄	自立・ポータブル・オムツ・バルン					
	排便コントロール状況:)					
今回の入院で行ってほしいこと			その他検討事項			
胃ろう交換	サイズ;					
バルン交換	サイズ;	時期				
膀胱洗浄	頻度:					
浣腸	頻度:					
かかりつけ医療機関 ※初回・もしくは機関が開いた場合は看護添書・最終往診情報を添付をお願いいたします						
往診:						
訪問看護:						
希望の利用期間をご記載下さい。						
希望期間	①	月	日()	~	月 日()	
	②	月	日()	~	月 日()	
	③	月	日()	~	月 日()	
希望が重ねた場合、調整させていただきます。どうしても必要な日があれば書いてください						

2024.10改訂
東葛病院

事業所返信欄(下記に記入しないで下さい。)

下記の条件であれば受け入れ可能です。

変更内容 月 日() ~ 月 日()