

【ご依頼者】

医療機関名 事業所名			担当者名	
電話番号		FAX番号		

【患者様情報】

(フリガナ)		生年月日	年	月	日	年齢	歳
氏名		性別		電話番号			
住所	〒						
主介護者氏名		続柄		連絡先			
主病名				期間	月	日	～ 月 日
入院の理由							
部屋希望	<input type="checkbox"/> 特室 1日13,200円 シャワー・トイレ付 <input type="checkbox"/> 個室 1日5,500円 シャワー・トイレ無 <input type="checkbox"/> 2人部屋 1日3,630円 シャワー・トイレ無 <input type="checkbox"/> 大部屋 部屋代無し シャワー・トイレ無	退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 施設名 ()				
医療行為	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル (Fr) : 最終交換日 (/) <input type="checkbox"/> その他 ()						※褥瘡処置に使う軟膏、ガーゼ、テープなどをご持参ください。 ※内服薬は入院日数分+1～2日分 ご持参ください。
食事方法	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 内容 () 1回量 ()	食事形態	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> ひと口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー とろみ <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				
身体状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器歩行 <input type="checkbox"/> 車イス移動 <input type="checkbox"/> 寝たきり (褥瘡マット使用 → <input type="checkbox"/> 有 タイプ:)						
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ (<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立) <input type="checkbox"/> ポータブル (<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立) <input type="checkbox"/> おむつ (<input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> テープ式) 尿便意 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 失禁 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
介護認定	<input type="checkbox"/> 申請中・区分変更中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						
障害区分	<input type="checkbox"/> 有 ()		指定難病	<input type="checkbox"/> 有 ()			
伝達事項							
かかりつけ医				医師名			
※事業所名				担当者名			