**町立津南病院　地域包括ケア病床入院相談用紙**

送信先：津南病院地域連携室　FAX：０２５-７６１-７７１０（連携直通）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ** |  | **性別** | □男□女 | **家族状況**  主介護者：　　　　　　　　　　　　　　　　様  （続柄：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **氏名** |  |
| **生年月日** | □M□T□S□H□R　　　　　年　　　　月　　　　　日 | | |
| **住所** | 〒 | | |
| **かかりつけ**  **医療機関** | □無　　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  主治医（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| **主病名** |  | | |
| **入院希望日**  **（又は期間）** | 年　　　　月　　　　日（　　　　）　～　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　日（　　　　　） | | | |
| **入院希望の**  **理由** |  | | | |
| **退院先** | □自宅　□家族宅　□施設（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **医療行為** | □胃瘻　□腸瘻　□経鼻　□点滴（□末梢　□中心静脈） | | | |
| □喀痰吸引　□麻薬の管理　□褥瘡（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| □気管切開　□人工呼吸器 | | | |
| □その他 | | | |
| **食事** | □自力摂取　□一部介助　□全介助 | | | |
| 食事内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **排泄** | □トイレ（自力歩行・車椅子）　□Pトイレ　□オムツ　□導尿( 　　回/日)　□バルンカテーテル | | | |
| □その他 | | | |
| **移動手段** | □ベッド・ストレッチャー　□車椅子　□歩行（□歩行器　□杖　□独歩） | | | |
| **精神状態** | 認知症　□無　□有（病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 問題行動　□無　□有（□大声□徘徊□暴力行為□不潔行為） | | | |
| **感染症** | □無　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **要介護認定** | □無　□有（要支援　□１　□２）　　（要介護　□１　□２　□３　□４　□５） | | | |
| **障害者区分** | □障害区分（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **利用**  **サービス** | □訪問診療　□訪問看護　□訪問介護　□訪問リハビリ　□訪問薬剤管理 | | | |
| □通所介護　□通所リハビリ　□短期入所　□福祉用具　□配食 | | | |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **ケアプラン**  **作成者** | 事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名： | | | |