

※原則、地域包括ケア病床入院中に他院の受診は致しかねますのでご注意ください

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)

フリガナ		性 別	□男□女	家族状況
氏名				主介護者: 様(続柄: )
生年月日	□M□T□S□H□R	年	月	日
住所	〒			
主病名				
かかりつけ 医療機関	□無 □有( )主治医( ) ※□必要に応じて、他の医療機関への診療情報提供依頼を行うことについて家族様の了承を得ている。(※当院かかりつけ以外の方は必ず確認してチェックしてください)			
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□その他 )			
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:	

開始:令和元年7月1日  
改定:令和2年4月1日