

洛和会音羽リハビリテーション病院

レスパイト・リハビリ・検査入院 FAX申込用紙

申込日 年 月 日

洛和会音羽リハビリテーション病院

地域連携課

TEL 075(581)6868(直通)

FAX 075(581)6110

紹介元機関						
TEL						
FAX						
ご担当者						
フリガナ			性別	生年月日	大 昭 平	
患者氏名					<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年 月 日 (歳)
住所			<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居	TEL		
入院の種類	<input type="checkbox"/> レスパイト入院 <input type="checkbox"/> リハビリ入院 <input type="checkbox"/> 検査入院					
入院希望の理由:						
入院希望期間	<input type="checkbox"/> あり 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> なし (ベッド空き次第)					
キーパーソン:続柄	氏名:				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
退院先:	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設:種別と施設名					
介護認定:	<input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5					
社会保障制度利用状況:	<input type="checkbox"/> 手帳 (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神) 級 <input type="checkbox"/> 難病手帳					
保険情報:	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他 ()					
医療行為	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 痰吸引 (頻度:) <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位:) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 (流量: ℓ/min) <input type="checkbox"/> 点滴 その他:					
移動	歩行: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器具 () 車いす: <input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 寝たきり マットレスの種類:					
排泄	日中: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル 夜間: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> その他 ()					
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)					
食事	<input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし <input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 食事形態: <input type="checkbox"/> とろみあり (水分のみ) <input type="checkbox"/> 食事にとろみあり <input type="checkbox"/> 義歯あり <input type="checkbox"/> 義歯なし 特記事項:					
アレルギー	食事 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (アレルギー内容:) 薬剤 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (アレルギー内容:)					
身体症状等	言語障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 問題行動 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 危険行動 <input type="checkbox"/> 徘徊) 認知機能障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
その他						

※ご記入された個人情報は、当院の診療以外の目的で使用することはありません。

FAX 075 (581) 6110