FAX：０９２－５９５－０５９７

**□　緊急　（　当日　・　翌日　） 　　　　　御紹介施設名**

**※１６時以降の緊急入院申込みは電話での受付となります。　　　　 電話番号**

# □　希望　【 日時：　　月　　日　　時頃】　　　　　　記入者

# □　送迎サービス希望　【 □　する　　□　しない　】

#  　　 ※ 送迎サービスは水曜日のみの運行となります。

 **診療情報提供書　□ 有 □ 無 申込年月日:　R 　　　年　　　月　　　日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **生年月日** | T ・ S ・ H **年　　月　　日** | **当院での****後方支援登録** | □ 有　□ 無 |
| **患者氏名** | 男 ・ 女 | 歳 |
| **住所** | 〒連絡先：　　　（　　　　）　　　　　 |
| **主病名** | ＃１ |  | **入院目的** | □ 治療　□ リハビリ□ 療養　□ レスパイト□ その他 （ ） |
| ＃２ |  |
| ＃３ |  |
| **生活歴** | □ 自宅 | □ 独居 □ 家族同居 | 同居者氏名 |  | 続柄 |  |
| □ 施設 / 病院 | 名称 |  |
| **キーパーソン①****※同居の場合****住所不要** | 名前 |  | 連絡先 |  | **②** | 名前 |  | 連絡先 |  |
| 住所 |  | 続柄 |  | 住所 |  | 続柄 |  |
| **介護保険** | □ あり | 要介護・要支援（　　　　） | **ケアマネ情報** | 事業所 | TEＬ：　　　　（　　　　　） |
| □ なし | **認知症****問題行動** | 　□無　　□有（　　　　　　　　　　　　　　　 　　　） |
| **意思疎通** | □ 可能　□ 不可能　□ 不明 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **感染症** | □ 無 | □ 不明 | □ 疥癬　 □ Ｂ型肝炎　□ C型肝炎　 □ その他 （　　　　　　　　　　　　　　） |
| **禁忌** |  | **酸素投与** | □ 無 □ 有 (　　　　ℓ/分) |
| **退院先** | □ 自宅 □ 元施設 □ 他施設 （　　　　　　　　　　　 ） □ その他 （ 　　　　　　　　　　　　　　　　） | **急変時対応** | □ 転院希望 □ 見守り□ 当院での救急治療 |
| **移動/移乗** | □ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 | □ 独歩 □ 車いす □ リクライニング □ ストレッチャー |
| **食事** | □ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 | □ 経口 | 食種（　　　　　） 形態（ ） カロリー（ ） |
| □ 経管 | □ 経鼻　□ 胃ろう □ 腸瘻 | 注入食内容 |  | □ 点滴 | □ 末梢 □ 中心静脈栄養 |

**［追加項目］**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **排尿/排便** | □ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 | □ トイレ　□ Pトイレ　 □ オムツ　□ 尿器　□ カテ留置 |
| **身体抑制** | □ 不要 □ 要 （ ） | **喀痰吸引** | □ 不要 □ 要 | （ | /日） |
| **コロナ** | □ ワクチン未接種 |  ワクチン接種回数 | □ １回 □ 　　回 | 発熱の状況 | □ 無　　□ 有（　　　　　　　　℃） |
| **来院方法** | □ 救急車 □ タクシー □ 自家用車　□ 施設車　□ その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |