

あいちせぼね病院

入院申込書

医療機関より電話でご連絡の上、**申込書と情報提供書**のFAXをお願いします。

TEL 0568-20-9100 FAX 0568-20-9107

お電話受付日時 8:30~17:00 (木日祝を除く)

■患者様の情報をご記入ください

申込日 年 月 日

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和						
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日		年		月		日
郵便番号		当院診察券番号() <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明							
住所									
電話番号		携帯番号							

【保険記入欄】

保険者番号		公費負担区分	<input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 精
記号番号			<input type="checkbox"/> 福 <input type="checkbox"/> その他 ()
被保険者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 扶養	公費負担番号	
自己負担割合	()割	受給者番号	

■紹介元医療機関 様

医療機関名	
所在地	
担当医師名	
電話番号	
FAX番号	

※ 情報提供書の他に、各種検査データ・各サマリー(医師・看護・リハ等)など、患者様の現在の状況が分かる資料がございましたら、可能な限りそれらを添付して頂きますと幸いです。よろしくお願ひいたします。

注) ベットの空き状況により、お部屋やご入院期間などご希望に添えない場合がございます。予めご了承ください。

■現在の状況について

介護認定	要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)	要支援(1 ・ 2)	未申請
現在は	<input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 外来通院中	

医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位・処置:) <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他 医療器具の種類などがありましたらご記載お願いいたします。 ()
------	--

食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 誤嚥障害 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> その他 ()
----	--

排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> バルーンカテーテ <input type="checkbox"/> その他 ()
----	--

身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車椅子の乗車可 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	---

清潔	<input type="checkbox"/> 自己にて入浴可 <input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> その他 ()
----	---

□口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自己にて不可能 <input type="checkbox"/> その他 ()
-------	---

精神状態	<input type="checkbox"/> 不穏あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> その他 ()
------	--

他者への意思の伝達	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 可能な時と不可能な時があ <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> その他 ()
-----------	---

感染症	<input type="checkbox"/> MRSA 有 ・ 無 (部位:) <input type="checkbox"/> その他 ()
-----	---