

高崎中央病院 地域連携室 ソーシャルワーカー清水 行き FAX：027-384-2202  
**地域包括ケア病床入院申込書**

申込書記載者	お名前（ ） ご関係（ ） 連絡先（ ）		
入院希望期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		
ふりがな 患者氏名	生年月日	明・大・昭・平成 年 月 日（ 歳）	
住所	電話番号	- -	
家族構成	【家族図】キーパーソンに※をつけてください。	キーパーソン	氏名（ ） 続柄（ ） お住まいの市町村（ ） 電話番号（ - - ）
要介護認定 または障害 区分	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中：申請日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 総合事業 <input type="checkbox"/> あり 介護度（要支援1・2 ／要介護1・2・3・4・5） 障害程度区分（1・2・3・4・5・6）	ケアプラン 作成事業 所	事業所名（ ） 電話番号（ - - ） 担当者名（ ）
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →医療機関名（ ） 主治医（ ）先生		
主病名			
既往歴			
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設→ <input type="checkbox"/> 現在入所中 施設名（ ） <input type="checkbox"/> 入所待機中 施設名（ ） →申込み日：平成 年 月 日 入所見込み 頃		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> その他（ ）		
食事	【動作】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【食事の形態や制限等】 主食： <input type="checkbox"/> ごはん <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> その他（ ） 副食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> その他（ ）		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立（トイレ・ポータブルトイレ） <input type="checkbox"/> 介助（おむつ・ポータブルトイレ・尿器・カテーテル・ストマ）		
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
移動	<input type="checkbox"/> 自立（独歩・杖・歩行器・車いす） <input type="checkbox"/> 見守り（独歩・杖・歩行器） <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
意思疎通	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 一部通じる <input type="checkbox"/> 通じない	ナースコール <input type="checkbox"/> 使用できる <input type="checkbox"/> 使用できない <input type="checkbox"/> 不明 理由： <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
精神状態	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 具体的な状態を記入してください。		
その他	当院への入院にあたり、調整が必要なことなどがありましたらご記入ください。		

※診療情報提供書や看護サマリーなどで重複している部分については未記入でもけっこうです。