

FAX 送信先 03-3733-7471 (室直通)

JCHO 東京蒲田医療センター レスパイト入院申込書

送信日 令和 年 月 日

●送信先 JCHO 東京蒲田医療センター・地域医療連携室
〒144-0035
東京都大田区南蒲田 2-19-2
TEL : 03-3738-8221 (代表)
FAX : 03-3733-7471 (直通)

●送信元

送信者： _____

●患者さんの情報

| | | | |
|------------------|---|--|--|
| フリガナ 患者名 | 大・昭・平・令 年 月 日生 (歳) 男 ・ 女 | | |
| 住所 | 連絡先① | | |
| | 連絡先② | | |
| 医療機関名 (かかりつけ) | 医師名 | | |
| | TEL | | |
| 病名 (主病名) | | | |
| 入院希望の理由 | | | |
| 入院希望期間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで | | |
| アレルギー | なし ・ あり () | | |
| 医療行為 | <input type="checkbox"/> 吸引 (頻度) <input type="checkbox"/> 酸素 (ℓ/m) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> バルーン留置 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 身体状況 | <input type="checkbox"/> 寝たきり状態 <input type="checkbox"/> エアマット使用 <input type="checkbox"/> 褥瘡予防マット使用 タイプ： <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 栄養 | 経口 (1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助) 食形態 () 経管 (経鼻 ・ 胃ろう ・ その他) 点滴 なし ・ あり (末梢 ・ 中心) | | |
| 精神状態など | <input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| その他 | | | |
| 介護度 | <input type="checkbox"/> 要支援 1 <input type="checkbox"/> 要支援 2 <input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 要介護 2 <input type="checkbox"/> 要介護 3 <input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5 | | |
| ケアプラン 作成 | 事業所名： 担当者名 | | |
| 部屋の希望 | 病室希望 (個室希望 ・ 総室希望 ・ どちらでも可) | | |

●蒲田医療センター 記入欄

| | |
|------|--|
| 搬送手段 | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 救急車 |
| 転院日時 | 令和 年 月 日 () : 到着予定 |