

FAX 送信先 03-5744-3280 (連携室)

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: 03-5744-3280 (連携室)

●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	☐ 吸引 (頻度) ☐ 酸素 (ℓ/m) ☐ 褥瘡処置 (部位) ☐ 気管切開 ☐ バルーン留置 ☐ その他 ()		
身体状況	☐ 寝たきり状態 ☐ エアマット使用 ☐ 褥瘡予防マット使用 タイプ: ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ リクライニング車椅子 ☐ 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	☐ 不穏状態あり ☐ 認知症あり ☐ その他 ()		
その他			
介護度	☐ 要支援 1 ☐ 要支援 2 ☐ 要介護 1 ☐ 要介護 2 ☐ 要介護 3 ☐ 要介護 4 ☐ 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	☐ 自家用車 ☐ 介護タクシー ☐ 救急車
転院日時	令和 年 月 日 () : 到着予定