

FAX送信先

大森山王病院 地域連携部

FAX : 03-3775-7705

TEL : 03-3775-7711

大森山王病院

メディカルショートステイ申込書

ご利用希望日

_____月 _____日 _____曜日 から _____月 _____日 _____曜日 まで

ご来院手段

同行者の有無

マイカー 介護タクシー 無 有 氏名： _____ 続柄

ご利用目的

医療管理が多く介護施設の利用ができない 家族の社会的理由 家族の介護疲れ

ご依頼者情報

お名前		事業所名	
電話番号		FAX番号	

ご利用者情報

フリガナ		性別	生年月日		年齢
お名前		男・女	大正・昭和	年 月 日	歳
介護度	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
緊急連絡先	フリガナ		続柄	電話番号	
	お名前				
健康保険証の種類	<input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担				
介護保険負担割合	<input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担				
ADL状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助	
	食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 1口大			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助	
	オムツ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 尿取りパッドのみ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> T字オムツ			
	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 物忘れ程度 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 易怒性 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 大声・興奮				
医療行為	無・有	<input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他：			
利用中のサービス	<input type="checkbox"/> 訪問診療	事業所名		頻度	回/月
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	事業所名		頻度	回/週
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 福祉用具				

ご退院時手段

マイカー 介護タクシー : 介護タクシーの手配 ケアマネジャー 病院 家族

年 月 日