

フリガナ			生年月日	
患者氏名	(男・女)		年 月 日 (歳)	
住 所				
緊急連絡先	氏名： 続柄：		電話番号	
かかりつけ 医療機関			医師名	
			電話番号	
病名（主病名）				
入院希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設（施設名： ）			
医療行為	<input type="checkbox"/> 在宅酸素（流量： L/分） <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管（ Fr / 交換） <input type="checkbox"/> 胃瘻（ / 交換） <input type="checkbox"/> 腸瘻（ / 交換） <input type="checkbox"/> 褥瘡処置（部位： 大きさ： 処置内容： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
食事	<input type="checkbox"/> 経口摂取（ <input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助） <input type="checkbox"/> 嚥下障害（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） 食事形態（ ） <input type="checkbox"/> 経管栄養 内 容（ ）1回量（ ）回数（ ）回/日（ ）			
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ（ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助） <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ（ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助） <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル（ Fr / 交換） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
移動方法	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車椅子（ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助） <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
清潔	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> デイサービス（最終入浴日： 月 日）			
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 視覚障害（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） 難聴（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） 認知症（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 症状： ）			
夜間の状況	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 途中覚醒あり 眠剤使用（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） 薬剤名（ ）			
要介護認定 または障害区分	<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 <input type="checkbox"/> 障害者区分（ ） その他（ ）			
介護サービス	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他（ ）			
ケアプラン作成	事業所名：		電話番号	
	担当者名：			
申込者氏名			電話番号	
備考				