

診療情報提供書（短期入院申込書）

紹介元		東神戸病院	
医師		電話 078-841-5731	
医院・クリニック		FAX 078-841-3678	
		(地域連携相談室)	
ID	※太枠の中をご記入ください		申込日 年 月 日
フリガナ	男	生年月日	
氏名	女	T S H 年 月 日 () 歳	
住所	TEL		
緊急連絡先	氏名 続柄 ()	TEL・携帯	
	氏名 続柄 ()	TEL・携帯	
入院希望日 年 月 日 () ~ 年 月 日 () 日間			
入院目的	検査・介護者急病・介護者休息・その他 ()		
主病名			
既往歴			
継続処置			
酸素療法	(有 無) 吸入量 (ℓ/min 経鼻 マスク その他)		
吸 引	(有 無) 頻 度 ()		
創傷(褥創)	(有 無) 部位・処置 ()		
(キーパーソン)	(処方内容)・・別紙有り		
氏名 ()			
続柄 ()			
その他 (申し送り)			

以下は基本当院から、ご家族・ケアマネジャー等にお伺いします

介護保険	(有 ・ 無 ・ 申請中)	ケアマネ名 ()	事業所名 ()
食 事	(経口 < 自立 ・ 介助 > 胃管チューブ PEG)		
	主食 (米飯 ・ おかゆ ・ パン) 副食 (きざみ ・ トロミ必要 ・ ミキサー)		
排 泄	自力歩行でトイレ ポータブル おむつ カテーテル		
移 動	自力 杖 シルバーカー 車椅子 ベッド上		
コミュニケーション	問題なし ・ 意思疎通困難 ・ 難聴 ・ 視力障害 ・ その他 ()		
危険行動	有り ・ 無し	ナースコール	押せる ・ 押せない
認知症	(有 無) ※有の場合は、以下に状況をご記入ください。 徘徊 () 大声 () 幻覚・幻聴 () 妄想 () 不潔行為 () 昼夜逆転 () その他 ()		
退院時の移送	手配済み () 当院で手配 ()		