

メディカルショートステイ 予約申込書

送信先 岩手県立一戸病院 地域医療福祉連携室
FAX 0195-33-3168
TEL 0195-33-3101

ふりがな		男 女	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成
患者氏名				年 月 日 (歳)
住所	〒		連絡先① ②	
医療機関名 (かかりつけ医)			医師名	
			電話番号	
病名 (主病名)				
希望理由				
希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
退院先	☐ 自宅 ☐ その他 ()			
部屋希望	☐ 個室 (1日 ¥4,070~4,730 税込み) ☐ 大部屋			
医療行為	☐ 褥瘡処置 ☐ 痰吸引 ☐ 麻薬の管理 ☐ 経管栄養 (経鼻・胃瘻・腸瘻) ☐ 在宅酸素 ☐ 気管切開 ☐ 人工呼吸器 (機種名:) ☐ 点滴 ☐ その他 ()			

カシオペア情報共有シートを添付される場合は、下記の記入は不要です。

食事	☐ 自力摂取 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 食事内容 () 食事摂取量 (☐ 全量 ☐ 3/4以上 ☐ 1/2以上 ☐ 1/2~1/3程度) 経管栄養 (内容: 1回量: ml、水分量: ml 回数: 回/日) ☐ 嚥下障害あり ☐ 嚥下障害なし
排泄	☐ 自力歩行でトイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ オムツ (カバー・リハビリパンツ) ☐ 導尿 ☐ 膀胱留置カテーテル (Fr・交換日 /) ☐ その他 ()
移動	☐ 寝たきり (体圧分散マット使用 ☐ あり 種類:) ☐ 車椅子移動 (全介助・一部介助・見守り) ☐ 杖歩行 ☐ その他 ()
清潔	☐ 清拭 ☐ 入浴介助 ☐ 訪問入浴 ☐ デイサービス (最終入浴日: /)
精神状況など	☐ 不穏状態あり ☐ 認知症状あり ☐ その他 ()
要介護認定	☐ 要支援 (1 ・ 2) ☐ 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
障害区分	☐ 障害区分 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6)
介護支援専門員	事業者名:
相談支援専門員	担当者名: 電話番号:

申し込み者名	
連絡先	電話: FAX:
備考	

* ベッドの空き状況によりお部屋や期間など、ご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。