

地域包括ケア病棟（入院相談申込書）

公立館林厚生病院

〒374-8533 館林市成島町262-1

tel 0276-72-3140（入退院センター）

fax 0276-75-8635

ふりがな 患者氏名		性別 男 女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	歳
現住所	〒 Tel	
連絡先	氏名	続柄（ ） Tel
家族構成	夫婦二人 ・ 単身 ・ その他（ ）	

介護認定	要介護（1・2・3・4・5） 要支援（1・2） 申請中 未申請
居宅	事業所 ケアマネ

入院目的	
------	--

予定退院先	自宅 ・ 施設	現在入所中 施設名： 新規申込み 施設名：	入所予定 頃
-------	---------	--------------------------	--------

かかりつけ医	医療機関名：
--------	--------

利用者の状況

食事	自立	見守り	介助	介助内容	形態
排泄	自立	見守り	介助	介助内容	
排泄方法	トイレ	ポータブル	おむつ		
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない		
起き上がり	できる		できない		
座位保持	できる	支えがあればできる	できない		
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない		
移動	自立	見守り	介助	方法	1本杖・歩行器・車椅子
口腔清潔	自立		介助	義歯	有・無
入浴	自立	見守り	介助	入浴場所	自宅・通所・訪問
衣服の着脱	自立	見守り	介助		
意思の伝達	できる	できるときとできないときがある	できない		
服薬管理	できる		できない		
夜間の状態	良眠		不穏		
褥瘡	なし		あり	部位	
認知症の周辺症状					

利用しているサービス内容

<input type="checkbox"/> 訪問介護 /週	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 /週	<input type="checkbox"/> 短期入所
<input type="checkbox"/> 訪問看護 /週	<input type="checkbox"/> 通所介護 /週	<input type="checkbox"/> 福祉用具
<input type="checkbox"/> 訪問リハ /週	<input type="checkbox"/> 通所リハ /週	<input type="checkbox"/> その他

記載機関名