綾部市立病院　在宅支援入院　申込書

申込日　　年　　月　　日

※太枠内はご担当のケアマネージャー様や相談員様で記載をお願いします。

ふりがな 利用者名　　男・女	生年　M・T・S・ 月日　H・R　　年　月　日　歳
〒　- 住 所 TEL（　　）　- 主病名　　かかりつけ医（　　） --- --- --- --- 他の医療機関受診（有・無）　※例：眼科・耳鼻科など 医療機関名（　　）	ADL・その他 食事　（ 自立 ・ 半固形 ・ 全介助 ） 食事形態　（ 米飯 ・ お粥 ・ きざみ ・ ﾐｷｻｰ ・ とろみ ） 排尿　（ ﾄｲﾚ ・ ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙ ・ ｵﾑﾂ・ﾊﾞﾙｰﾝ留置 ） 尿意　（ 無 ・ 有 ）　便意　（ 無 ・ 有 ） 起居　（ 自立 ・ 半介助 ・ 全介助 ・ 寝たきり ） 歩行　（ 自立 ・ 半介助 ・ 全介助 ・ 寝たきり ） 移乗動作（ 自立 ・ 半介助 ・ 全介助 ） 入浴（ 自立 ・ 半介助 ・ 全介助 ） ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ（ 普通 ・ やや困難 ・ 困難 ） 認知症に伴う周辺症状 （ 無・徘徊・不潔行為・暴言・暴力・大声・昼夜逆転・せん妄 ） 難聴　（ 無 ・ 有 ）　視力障害　（ 無 ・ 有 ） 麻痺　（ 無 ・ 有 ）　：部位 創処置（ 無 ・ 有 ）　：部位 エアマット使用（ 無 ・ 有 ） 気管切開（ 無 ・ 有 ）　在宅人工呼吸器（ 無 ・ 有 ） 酸素使用（ 無 ・ 有 ）　：使用時（　　）L/分 経管栄養（ 無 ・ 有 ）　：胃ろう ・ 腸ろう ・ 経鼻 点滴 ・ IVH　（ 無 ・ 有 ）　喀痰吸引（ 無 ・ 有 ） ストーマ（ 無 ・ 有 ）　インスリン使用（ 無 ・ 有 ） その他
入院希望期間（60 日以内） 年　月　日から　　年　月　日まで	

申込理由

□入院でのリハビリを希望するため
□介助者の休息のため
□その他（　　）
□介護者等の事情で緊急を要する状況にあるため
（理由：　　）
（期間：　　）

身障手帳	無 ・有 ・不明　：持っている場合　　級 肢体不自由・その他：	認定有 効期間	年　月　日 から 年　月　日 まで
要介護度	要支援Ⅰ・Ⅱ 要介護Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ・(再)申請中	利用中の介護保険サービス	
ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬ	(事業所)　　(TEL) (担当者)		

家族構成	同居者を○で囲む キーパーソンに◎つける 兄弟は第一子を左から 本人	申込代理者（家人等連絡先） フリガナ 氏 名　　続柄: 住所 〒　- 連絡先：TEL ：携帯電話 緊急連絡先 (勤務先番号等)
		入院中の希望や注意事項など

※判定結果（病院記載欄） ・入 院　　可 ・ 否（理由：　　） ・看護必要度　（　　）点	入院予定日 月　日（　）