



古川民主病院介護医療院 入所申込書（送信先FAX:0229-23-0184）

記載日 年 月 日

送信元		送信先 医療機関
事業所名		古川民主病院 地域連携・医療相談室 FAX番号:0229-23-0184(直通) 電話番号:0229-23-5521(代表) 担当者宛て
電話番号		
FAX番号		
担当者様		

入所される方	フリガナ		性別		生年月日	昭和 年 月 日
	氏名		年齢		連絡先	
	住所					
	傷病名					
	現在の居場所	☐ 自宅以外() ☐ 自宅(独居・夫婦2人・その他) ☐ その他()				
	服薬中の薬剤名					
	介護認定	☐ 無 ☐ 申請中 ☐ 支1 ☐ 支2 ☐ 介1 ☐ 介2 ☐ 介3 ☐ 介4 ☐ 介5 ☐ 区分変更中				
	ケアマネ	☐ 無 ☐ 有 事業所名: 担当者: 電話:				

申込者		連絡先	
入所される方との関係	子・兄弟・その他()	連絡に都合のよい時間帯	

入所を希望した理由
☐ 食事摂取が困難
☐ 医療行為（胃ろう、インスリン、吸引、褥瘡の治療など）が必要であるため、他の施設の入所が困難
☐ 終末期におけるターミナルケア
☐ 経済的な理由
☐ その他:

古川民主病院介護医療院 入所申込書 続紙

入所される方の氏名

※下記の項目は、わかる範囲で記入ください。

身体状況			
身長	cm	体重	kg
現在のADL	☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1～2 ☐ C1～2		
認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ II a ☐ II b ☐ III a ☐ III b ☐ IV～M		
認知症症状	☐ 興奮 ☐ 大声 ☐ 抵抗 ☐ 不潔行為 ☐ 徘徊 ☐ せん妄 ☐ 昼夜逆転 ☐ その他：	起居動作	寝返り ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 未実施 起き上がり ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 未実施 座位保持 ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 未実施 立上がり ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 未実施 移乗 ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 未実施 車椅子駆動 ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 未実施 立位保持 ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 未実施 歩行 ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 未実施
感染症 (検査未実施の場合空欄)	☐ HBs抗原 ☐ MRSA ☐ HCV抗体 ☐ その他(		
呼吸管理	☐ 酸素 L/時 ☐ 気管切開 ☐ 吸引 回/日		
点滴ルート	☐ CV ☐ CVポート ☐ PICC		
褥瘡	☐ 無 ☐ 有 部位：	排泄	☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ オムツ ☐ 尿カテ 理由：
栄養	☐ 食事可能 ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 経管栄養 ☐ 経鼻 ☐ 胃瘻 ☐ 経静脈栄養 ☐ 中心静脈栄養		嚥下障害 ☐ 無 ☐ 有
	食形態・栄養剤		ナースコール ☐ 可 ☐ 不可(理由：
身体拘束	☐ 無 ☐ 4点柵 ☐ 3点柵 ☐ センサーマット ☐ ミトン ☐ 拘束衣 ☐ 車椅子ベルト ☐ その他(		
特記事項			

※主治医が記載した診療情報提供書がありましたら一緒にご送付ください。

※介護保険証と介護保険負担割合証のコピーを一緒にご送付ください。