

地域包括ケア病床のご案内

平成 30 年 1 月より「地域包括ケア病床」を 14 床に増床しました。

急性期病棟での治療を終え、病状が安定した患者さんに対して、在宅や介護施設への復帰をめざしてリハビリ中心の医療や支援を致します。

つきましては、他医療施設等からの転院、入院受入を積極的に開始致しますので、ご紹介のほど、お願い申し上げます。

なお、お手数おかけいたしますが、入院申し込みにつきましては、「古川民主病院 地域包括ケア病床 入院申込書」に必要事項をご記入のうえ、地域連携医療相談室宛に FAX して頂きますようお願い申し上げます。

申込書につきましては、当院「ホームページからダウンロード」できますので、ご活用くださいますよう重ねてお願い申し上げます。

～担当部署～

地域連携医療相談室

TEL0229-23-5521

FAX0229-24-1544

古川民主病院 地域包括ケア病床 入院申込書 ①枚目/2

【送信先】

送信日 西暦 年 月 日

【送信元】

医療機関名	:	
所在地	:	
電話番号	:	
FAX番号	:	
医師氏名	:	
連絡担当者	:	

※太枠内は、全てご記入（○及びチェック式）をお願いします。
 ※下記内容を満たしていれば、貴院指定の診療情報提供書でも構いません。

【ご紹介患者情報】

フリカナ			性別	生年月日/年齢						
氏名	様	男・女	M・T S・H	年	月	日	歳			
住所	〒	医療保険種別								
電話番号			古川民主病院受診歴			無・有・不明				
介護保険	介護度		ケアマネ							
家族連絡先	名前		続柄		電話番号					
患者情報	【病名】※主疾患を記入してください。									
	【経過及び病状】									
	【入院目的】 <input type="checkbox"/> ADL向上 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他 []									
	【入院希望期間】 1~2週間 2週間~1ヶ月 1ヶ月以上 その他()									
現在の指示内容 ※予測指示含む	【内服薬】		無・有・別紙添付			【注射薬】		無・有・別紙添付		
	【心電図モニター】		無・有			【血糖測定】		無・有		
	【酸素】		無・有 [L/分]			【疼痛時指示】		無・有 []		
	【吸引】		無・有 [回/日]			【てんかん/痙攣時指示】		無・有 []		
	【気管切開】		無・有							
	【食事制限】		無・有							
	食事制限内容		絶食・絶飲・CV/点滴 経管・胃瘻 その他()							
	【飲水制限】		無・有 [ml/日まで]							
	【不眠時指示】		無・有 []							
	【不穏時指示】		無・有 []							
【その他】										

古川民主病院 地域包括ケア病床 入院申込書 ②枚目/2

患者氏名 _____ 様 記入日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記載者 _____

【ADL等確認表】

移動	<input type="checkbox"/> 歩行 自立・見守り・介助 [杖・装具・歩行器]
	<input type="checkbox"/> 車椅子 自立・見守り・介助
	<input type="checkbox"/> 寝たきり
食事	<input type="checkbox"/> 経口摂取 自立・見守り・介助
	<input type="checkbox"/> 嚥下障害 無・有 (軽度・中度・重度)
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 経鼻・胃ろう・腸ろう 栄養剤 朝 ml - 昼 ml - 夕 ml
排泄	自立・トイレ誘導・見守り・介助
	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ
	<input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 自己導尿
	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル
ナースコール	<input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない
意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話ができる <input type="checkbox"/> 何とか可能 <input type="checkbox"/> やっと通じる <input type="checkbox"/> 不可能
	<input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> その他
認知症状 (問題行動)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※具体的な症状を記入してください。
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡 部位：[①仙骨部 ②腸骨部 ③踵 ④座骨 ⑤背部 ⑥その他()] <input type="checkbox"/> その他： []
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [HBs抗原 HCV抗体 ワ氏反応 その他()]
転帰先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 施設： [] <input type="checkbox"/> 病院： [] <input type="checkbox"/> 家族の協力 協力的・依頼すれば可・困難
当院でのリハビリに対する希望	本人： _____ 家族： _____
希望病棟	<input type="checkbox"/> 当院におまかせ <input type="checkbox"/> 地域包括ケア病床 ★希望される病棟にチェックしてください ★判定会議の結果、入院の可否、入院期間は事前にご相談させていただきます。