

医療法人 毅峰会 青樹会病院 入院申込書 FAX072-834-2876

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (歳)
患者氏名			電話番号	
入院希望期間	年 月 日 (曜) ~ 年 月 日 (曜)			
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()			
かかりつけ医	病院・診療所名：			
	病名：			
利用中サービス	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> その他 ()			
病室の希望	<input type="checkbox"/> 総室 <input type="checkbox"/> 個室 (1日6600円) <input type="checkbox"/> 特室 (トイレ付：1日11000円)			
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 (L) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃瘻・ 経鼻) <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> その他 ()			
身体状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上			
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ			
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 (夜間せん妄： 無 ・ 有) (眠剤使用： 無 ・ 有)			
認知症症状	<input type="checkbox"/> 認知症 (無 ・ 有) (周辺症状：) <input type="checkbox"/> その他 ()			
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
ケアプラン 作成事業所	事業所名：		担当者名：	
	電話番号：		FAX番号：	
その他				

当院からの連絡先 担当事業所名：

担当者名：

TEL：

FAX：

※上記の申込書に必要事項を記入し、お薬内容を添付して返信してください。

医療法人 毅峰会 青樹会病院 地域連携室 TEL：072-833-8810