旭川医療センター　地域包括ケア病棟　入院相談票

年　　月　　日

地域医療連携室　行き　　紹介元　名称

TEL　0166－51－3161（代表）　　TEL

FAX　0166－51－3711（直通）　　担当者氏名

＊診療情報提供書と基本情報をご一緒にFAXをお願い致します。

ふりがな		生年月日	大・昭・平	男　・　女
患者氏名				
住　所			電話番号	

入院の希望日	年　　月　　日
傷病名	
入院の希望理由	
キーパーソン	氏名　　続柄　　連絡先
退院先	□ 自宅　　□施設（　　）
介護認定と社会資源	□ 介護度　要支援（　）要介護（　）　□生活保護 □ 障害者手帳　障害名　　種　級
ケアマネージャー	事業所名　　担当者　　連絡先
訪問看護	事業所名　　担当者　　連絡先
医療行為	□創傷処置（褥瘡）　□たん吸引　□インスリン注射 □胃ろう　□経鼻栄養　□酸素療法 □点滴（末梢　・　CVポート）　□その他
薬の内容	□診療情報提供書参照　□お薬手帳コピー
食事	嚥下障害　□ あり　□ なし 経口摂取　□自立　□見守り　□一部介助　□ 全介助 食事形態（　　）　とろみ　□あり　□なし
移動	歩行　□ 自立　□見守り　□ 杖　□歩行器 車いす　□ 自走　□一部介助　□全介助 寝たきり　マットレスの種類（　　）
排泄	□自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助 □トイレ　□ポータブル　□尿器　□オムツ □自己導尿　□尿カテーテル　□人工肛門　□ その他
入浴	□一般浴　□シャワー浴　□清拭（自立・一部介助・全介助）
身体症状等	言語障害　□あり　□ なし　認知機能障　□ あり　□なし 問題行動　□あり　□ なし
感染症	□なし　□あり（　　）
部屋の希望	□大部屋　□個室（1日　3,500円＋税）
リハビリ	□あり（　　単位）　□なし
その他	