

## 西東京市在宅療養後方支援病床確保事業 入院申込書(FAX送信票)

※今回入院を希望する病院を選択(チェックボックスに記入)し、FAXしてください。

田無病院 医療福祉連携部 行 FAX:042-461-2688

西東京中央総合病院 地域医療連携室 行 FAX:042-452-1577

佐々総合病院 医療相談室 行 FAX:042-461-5799

保谷厚生病院 医療相談・地域連携室 行 FAX:042-424-6641

武蔵野徳洲会病院 地域連携室 行 FAX:042-465-0782

送信日 年 月 日

### 【かかりつけ医療機関】

医療機関名:

医師名:

所在地:

電話番号:

FAX番号:

### 【利用目的】 ※複数チェック可

病状増悪時の治療

病状再評価・家族支援

終末期の看取り

医療器材の交換/調整

検査・画像診断

リハビリテーション・機能評価

### 【主訴】 ※複数チェック可

心・呼吸症状

発熱

意識障害

麻痺

摂食・嚥下障害

低栄養

褥瘡

脱水

疼痛

その他( )

バイタル:体温

°C・血圧

/

・脈

回(整・不整)・SPO2

%

### 【利用者の基本情報】

利用者名(イニシャル) 姓:

名:

男

女

要介護度:1

2

3

4

5

生年月日: 明治

大正

昭和

年

月

日

歳

病名:

### 【ADL情報】

移動:  自立

見守り

一部介助

全介助(寝たきり)

栄養:  自立

一部介助

非経口摂取

排泄:  自立

一部介助

全介助(全日オムツ、留置カテーテル使用含)

コミュニケーション:  可能

意思疎通困難

意思疎通不可

認知症:  無

有

※BPSD(周辺症状)は必ずお知らせください

処方:  無

有

※処方内容をお知らせください(別紙可)

特記事項

入院希望期間: 日間(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)