

# 聖カタリナ病院 入院相談申込書（地域包括ケア病床）

必要事項をご記入の上、以下宛（入院相談担当）にFAXをお願いいたします。

**FAX : 03-6204-9425**

TEL : 03-5547-4912（代表）

/ :

|                 |  |     |  |
|-----------------|--|-----|--|
| ご依頼元<br>事業所・施設名 |  | TEL |  |
| ご担当者氏名          |  | FAX |  |

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |            |                                                                                                    |                  |                                                                                                                                            |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ               |                                                                                                                                                                                                                                                                      |               | 性別         | 男<br>女                                                                                             | 生<br>年<br>月<br>日 | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成         年 月 日         ( 歳) |
| 氏名                 |                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |            |                                                                                                    |                  |                                                                                                                                            |
| 住所                 | 〒 -                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |            |                                                                                                    |                  |                                                                                                                                            |
| 電話番号               |                                                                                                                                                                                                                                                                      |               | 聖路加<br>受診歴 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明         ID ( ) |                  |                                                                                                                                            |
| 健康保険               | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 ( 割) <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 生活保護 (福祉事務所 担当ケースワーカー )                                      |               |            |                                                                                                    |                  |                                                                                                                                            |
| 障害認定               | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身体障がい者 ( 級) <input type="checkbox"/> 知的障がい者 ( 級) <input type="checkbox"/> 精神障がい者 ( 級)                                                                                                                           |               |            |                                                                                                    |                  |                                                                                                                                            |
| 傷病名                |                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |            |                                                                                                    |                  |                                                                                                                                            |
| 入院前<br>生活環境        | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (種別 : 名称 : )                                                                                                                                                                                                 |               |            |                                                                                                    |                  |                                                                                                                                            |
| 退院先<br>予定          | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (種別 : 名称 : ) <input type="checkbox"/> その他                                                                                                                                                                    |               |            |                                                                                                    |                  |                                                                                                                                            |
| 家族構成               | キーパーソン 氏名 続柄<br>その他家族                                                                                                                                                                                                                                                |               |            |                                                                                                    |                  |                                                                                                                                            |
| 介護保険               | <input type="checkbox"/> 未申請 ⇒ (申請予定 )<br><input type="checkbox"/> 申請中・区変中 ⇒ (申請日 : 認定調査 : )<br><input type="checkbox"/> 要支援 1 2<br><input type="checkbox"/> 要介護 1 2 3 4 5<br>ケアマネジャー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                        |               |            |                                                                                                    |                  |                                                                                                                                            |
|                    | 事業所名 ※<br>担当者名 ※<br>※ご依頼元と同様の場合は記載は不要です。                                                                                                                                                                                                                             |               |            |                                                                                                    |                  |                                                                                                                                            |
| 介護<br>サービス<br>利用状況 | 訪問介護 (週 回)                                                                                                                                                                                                                                                           | 訪問看護 (週 回)    | 福祉用具貸与     |                                                                                                    |                  |                                                                                                                                            |
|                    | 訪問リハ (週 回)                                                                                                                                                                                                                                                           | デイサービス (週 回)  |            |                                                                                                    |                  |                                                                                                                                            |
|                    | 訪問入浴 (週 回)                                                                                                                                                                                                                                                           | ショートステイ (月 回) | その他        |                                                                                                    |                  |                                                                                                                                            |
|                    | 訪問診療 (月 回)                                                                                                                                                                                                                                                           |               |            |                                                                                                    |                  |                                                                                                                                            |
| 認知機能<br>低下         | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                                                                                                                                                              |               |            |                                                                                                    |                  |                                                                                                                                            |
| 問題行動               | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |               |            |                                                                                                    |                  |                                                                                                                                            |

|            |                                                                                   |                            |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 身体情報       | 身長 <input type="text"/> cm                                                        | 体重 <input type="text"/> kg |
| 医療行為<br>など | <input type="checkbox"/> 痰吸引 (頻度: <input type="text"/> )                          |                            |
|            | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (種類: <input type="text"/> )                        |                            |
|            | <input type="checkbox"/> 酸素 (デバイス: <input type="text"/> / <input type="text"/> L) |                            |
|            | <input type="checkbox"/> インスリン (回数: <input type="text"/> )                        |                            |
|            | <input type="checkbox"/> 経管栄養 (種類: <input type="text"/> )                         |                            |
|            | <input type="checkbox"/> (栄養剤・量: <input type="text"/> )                           |                            |
|            | <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ                   |                            |
|            | <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 麻薬管理                       |                            |
|            | <input type="checkbox"/> その他の医療行為( <input type="text"/> )                         |                            |
| 嚥下障害       | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                           |                            |

|          |                                                        |                                                      |
|----------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 部屋<br>希望 | <input type="checkbox"/> 個室(30,250円税込) 約20㎡ バストイレ付 角部屋 | <input type="checkbox"/> 個室(23,100円税込) 約15㎡ シャワートイレ付 |
|          | <input type="checkbox"/> 4人部屋(無料)                      | ※複数希望、優先順位があればお知らせください。( <input type="text"/> )      |

ADLなど

|           |                            |                                                                                                                                                                                          |                             |                             |                               |  |
|-----------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|
| 褥瘡        |                            | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                                                                                  | 部位 ( <input type="text"/> ) | 深度 ( <input type="text"/> ) | ケア方法 ( <input type="text"/> ) |  |
| 感染症       |                            | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                                                                                  | ⇒ ※詳細添付お願いいたします。            |                             |                               |  |
| 食事        | 動作                         | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セットイング <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養                                     |                             |                             |                               |  |
|           | 食形態                        | 主食: ごはん ・ 全粥 ・ ( <input type="text"/> ) 分粥 ・ ペースト粥                                                                                                                                       |                             |                             |                               |  |
|           |                            | 副食: 常食 ・ 一口食 ・ 軟食 ・ きざみ食 ・ ペースト食                                                                                                                                                         |                             |                             |                               |  |
|           | 制限                         | <input type="checkbox"/> 治療食 ( <input type="text"/> ) ( <input type="text"/> ) 和カリ- 塩分 ( <input type="text"/> ) g                                                                        |                             |                             |                               |  |
| 摂取量       | ( <input type="text"/> ) 割 |                                                                                                                                                                                          |                             |                             |                               |  |
| 動作        | 寝返り                        | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 柵につかまれば可 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                               |                             |                             |                               |  |
|           | 起き上り                       | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 柵につかまれば可 <input type="checkbox"/> 電動ベッド(自身で操作可) <input type="checkbox"/> 全介助                                                        |                             |                             |                               |  |
|           | 座位保持                       | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 背もたれがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可                                                                                               |                             |                             |                               |  |
|           | つかまり立ち                     | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可                                                                                                                                   |                             |                             |                               |  |
|           | 立位                         | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可                                                                                                                                   |                             |                             |                               |  |
| 移動        |                            | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 (種類: <input type="text"/> )              |                             |                             |                               |  |
|           |                            | <input type="checkbox"/> 車いす ( 自操 ・ 一部介助 ・ 全介助 ) <input type="checkbox"/> ストレッチャー                                                                                                        |                             |                             |                               |  |
| 排泄        | 日中                         | <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポ-ﾀﾞﾙﾄｲﾚ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> リﾋﾞﾘﾊﾞﾝﾅ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 膀胱留置ｶ |                             |                             |                               |  |
|           | 夜間                         | <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポ-ﾀﾞﾙﾄｲﾚ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> リﾋﾞﾘﾊﾞﾝﾅ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 膀胱留置ｶ |                             |                             |                               |  |
|           | 尿意                         | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                  |                             |                             |                               |  |
|           | 便意                         | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                  |                             |                             |                               |  |
| 入浴        |                            | <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 機械浴                                                                     |                             |                             |                               |  |
|           |                            | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                   |                             |                             |                               |  |
| 整容        |                            | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                   |                             |                             |                               |  |
| 更衣        | 上衣                         | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                   |                             |                             |                               |  |
|           | 下衣                         | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                   |                             |                             |                               |  |
| 睡眠        |                            | <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> ( <input type="text"/> ) 時以降良眠 <input type="checkbox"/> 断眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転                |                             |                             |                               |  |
|           | 眠剤使用                       | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="text"/> )                                                                                                         |                             |                             |                               |  |
| 視力障害      |                            | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 眼鏡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり )                                                                   |                             |                             |                               |  |
| 聴力障害      |                            | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 補聴器 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり )                                                                  |                             |                             |                               |  |
| 備考 (特記事項) |                            |                                                                                                                                                                                          |                             |                             |                               |  |