



医療法人社団 育空会

## メデイカルショートステイ申込書

令和 年 月 日

FAX送信先 0244-24-4940

大町病院地域連携室宛て

※「メデイカルショートステイ申込書」と「診療情報提供書（かかりつけ医でない場合）」をFAXお願いします。

入院希望日

理由： 入院希望日： 令和 年 月 日～ 令和 年 月 日
----------------------------------

患者氏名

ふりがな			性別	男 ・ 女
患者氏名			生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住所				
介護認定	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
障がい区分	<input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 区分3 <input type="checkbox"/> 区分4 <input type="checkbox"/> 区分5 <input type="checkbox"/> 区分6			
キーパーソン氏名	続柄	電話番号（日中つながりやすい番号）		
担当ケア マネ等	事業所名		ケアマネ等氏名	
家族状況	<input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族あり（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
医療行為 の有無	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養（胃瘻・経鼻） <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
食事	主食： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他（ ） 副食： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トロミ剤使用あり			
排泄	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	<input type="checkbox"/> トイレ <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"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門			
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
精神状況	<input type="checkbox"/> 認知症状なし			
	<input type="checkbox"/> 認知症あり（症状： ）			
	<input type="checkbox"/> 不穏症状あり（症状： ）			