



必要事項をご記入の上、以下宛（入院相談担当）にFAXをしていただくようお願いいたします。

FAX : 029-887-6434

TEL : 029-887-1161 (代表)

/

:

ご依頼元 事業所・施設			TEL		
ご担当者氏名			FAX		
フリガナ			<input type="checkbox"/> 男	生	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
氏名			<input type="checkbox"/> 女	年	月 日
住所	〒 -				
電話番号			茨城医療センター 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
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 生活環境	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (種別: 名称:)				
退院 見込先	<input type="checkbox"/> 自宅 条件 () 通院先 ()				
	<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 申込前 <input type="checkbox"/> 申込済 <input type="checkbox"/> 確保済 施設名 ()				
	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 申込前 <input type="checkbox"/> 申込済 <input type="checkbox"/> 確保済 施設名 ()				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
家族 構成	キーパーソン 氏名 続柄				
	その他家族				
介護 保険	<input type="checkbox"/> 未申請 ⇒ (申請予定)				
	<input type="checkbox"/> 申請中・区変中 ⇒ (申請日: 認定調査:)				
	<input type="checkbox"/> 要支援 1 2				
	<input type="checkbox"/> 要介護 1 2 3 4 5				
	ケアマネジャー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	※ご依頼元と同様の場合は記載は不要です。				
	事業所名 ※				
	担当者名 ※				
介護 サービス 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)	その他		
	訪問入浴 (週 回)	ショートステイ (月 日)			
	訪問診療 (月 回)				

JCS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> I-1	<input type="checkbox"/> II-10	<input type="checkbox"/> III-100
		<input type="checkbox"/> I-2	<input type="checkbox"/> II-20	<input type="checkbox"/> III-200
		<input type="checkbox"/> I-3	<input type="checkbox"/> II-30	<input type="checkbox"/> III-300
認知症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
認知的障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
高次機能障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
該当時チェック	<input type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> がん化学療法	<input type="checkbox"/> 免疫抑制剤	<input type="checkbox"/> PSL30mg/日以上
		<input type="checkbox"/> 透析中	<input type="checkbox"/> HbA1c 10以上	<input type="checkbox"/> CD4 200/ μ l未満
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 ()
安全面について	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 転倒予防	<input type="checkbox"/> 離棟予防
	抑制	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> その他 ())
		<input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左
			<input type="checkbox"/> ミトン	<input type="checkbox"/> 体幹
長期徐放性注射剤	リュープリン/フォルテオ 等			
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (薬剤名:	最終投与日)	
		(投与期間 () ヶ月に1回 他		
医療行為など	<input type="checkbox"/> 痰吸引 (頻度:)			
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (種類:)			
	<input type="checkbox"/> 酸素 (デバイス: / L)			
	<input type="checkbox"/> インスリン (薬剤名:)			
	(回数:)			
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (種類:)			
	(栄養剤・量:)			
	<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 ()			
	身体情報	身長	cm	体重
嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし			
	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> VF(嚥下造影)/VE(嚥下内視)の検査実施結果 ()		
部屋希望	<input type="checkbox"/> 個室(1.1万円税込)約19 m^2 バスタイル付	<input type="checkbox"/> 個室(8.8千円税込)約19 m^2	<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。 ()			

ADLなど

褥瘡	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	部位 ()	深度 ()	ケア方法 ()
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"/> セッティング	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	食形態	主食: ごはん・全粥・()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			
		とろみ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	制限	<input type="checkbox"/> 治療食 () () kcal 塩分 () g			
摂取量	() 割				
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()			
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="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"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> リハビリパッド	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル
	夜間	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> リハビリパッド	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル
	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"/> （_____）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（_____）				
視力障害		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> （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	<input type="checkbox"/> （補聴器 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり）			
備考（特記事項）							

患者又は家族への説明	<input type="checkbox"/> 下記内容のご説明
	<input type="checkbox"/> 保険診療上、最大60日までの入院
	<input type="checkbox"/> 在宅復帰を目的とした病棟
	<input type="checkbox"/> 退院先は自宅またはサービス高齢住宅、特別養護老人ホーム、ショートステイ等

お申し込みの際は診療情報提供書、薬情報、リハビリ情報もお送りください。

※症状に応じ入院期間は調整いたしますが、保険診療上最大60日までの入院となります。