

【入院依頼】

平成 年 月 日 送信枚数 (本紙含む) 枚

発信元	紹介医療機関名	
	担当者様	
	TEL	
	FAX	



送信先	横浜東邦病院
	TEL 045-741-2511
	FAX 045-714-2520
	相談員 木村・長谷川

フリガナ		男・女	生年月日	(歳)
氏名				
住所	横浜市 区 /その他		電話番号:	

保険情報	社会保険・国民健康保険・後期高齢者医療・その他() : 負担割合(割) 要支援・要介護() その他手帳など()
------	--

本人・家族の希望	入院理由:・施設待機・レスパイト・リハビリ目的・終末期	家族構成				
	ニーズ:					
	経済状況:					
	希望部屋: 4人部屋・3人部屋・2人部屋・個室					
	キーパーソン				続柄	住所
						横浜市内・市外・県外
					横浜市内・市外・県外	

既往歴	年齢	病名	治療	手術有無	医療機関
			治療終了・治療中	無・有	
			治療終了・治療中	無・有	
			治療終了・治療中	無・有	
			治療終了・治療中	無・有	
			治療終了・治療中	無・有	

医療・看護情報 (ADL表に記載のない場合はご記載お願いします。)	無・有	食事形態	自立・見守り・一部介助・全面介助 / 主食形態: 副食形態:
			特別食: /アレルギー・禁食:
	無・有	経管栄養	経鼻・胃ろう / 栄養剤名:
			カロリー:朝()昼()夕()⇒()kcal/日 白湯:朝()昼()夕()
	無・有	インスリン	決め打ち:朝()昼()夕()眠前() / スライディングスケール:()検/日
	無・有	排泄	自立・見守り・一部介助・全面介助 / オムツ・リハパン・ポータブル・バルーン・ストマ
			バルーン・ストマの種類: /交換 日毎
	無・有	酸素	マスク・カヌラ: l/分
	無・有	気管切開	種類: /交換 日毎
	無・有	たん吸引	回/1日
	無・有	点滴	末梢・CV・ポート/内容
	無・有	褥瘡	部位: /大きさ: × /深さ: /処置:
	無・有	認知症	暴言・暴力・介護抵抗・夜間せん妄・声出し・抑うつ・徘徊・その他
	無・有	行動制限	体幹抑制・上肢抑制・下肢抑制・抑制着・ミトン・センサーマット・4点柵
無・有	疼痛	麻薬:種類 /レスキュー:種類	
無・有	感染症	部位:・血液・痰・咽頭・便・尿・創部・その他() /種類:	