

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 地域医療連携課 行 FAX:042-452-1577

佐々総合病院 地域医療連携室 行 FAX:042-461-5799

保谷厚生病院 地域連携室 行 FAX:042-439-8898

武蔵野徳洲会病院 医療相談室 行 FAX:042-428-3986

送信日 令和 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 在宅看取りのための支援(緩和ケア含む)

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

【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: 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(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)

ケアマネジャー (有 ・ 無)

事業所名		担当者名	
------	--	------	--

訪問看護ステーション (有 ・ 無)

事業所名		担当者名	
------	--	------	--