## 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 - 268	38
□ 西東京中央総合病院	地域医療連携課 行	FAX:042	-452 - 157	77
□ 佐々総合病院 地	或医療連携室 行	FAX: 042	-461 - 579	99
□ 保谷厚生病院 地	域連携室 行	FAX: 042	-439 - 889	98
□ 武蔵野徳洲会病院	医療相談室 行	FAX: 042	-428 - 398	<u> 86                                    </u>
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	h =			
	犬再評価 □家族支援 □ □ ☆本 〒/佐奈/W		ための支援(緩和ケ	
□ 医療器材の交換/調整	□ 検査·画像診断	⊔ <i>'</i> J.	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		
	]4 □5	_	_	
生年月日: 口大正 口昭和		年	月 日	歳
病名:				
【ADL情報】		口一部介肋	口令公田(這	ナキ(1)
移動: □ 自立	□ 見守り	□ 一部介助	口全介助(寝	たきり)
移 動: □ 自立 栄 養: □ 自立	□ 一部介助	□ 非経口摂取		
移 動: □ 自立 栄 養: □ 自立 排 泄: □ 自立	□ 一部介助 □ 一部介助	□ 非経口摂取 □ 全介助(全日オ	・ ムツ、留置カテーテ	
移 動: □ 自立 栄 養: □ 自立 排 泄: □ 自立 コミュニケーション: □ 可能	□ 一部介助 □ 一部介助 □ 一部介助 □ 意思疎;	□ 非経ロ摂取 □ 全介助(全日オ 通困難 □ 意	<sup>-</sup> ムツ、留置カテーテ 思疎通不可	
移 動: □ 自立 栄 養: □ 自立 排 泄: □ 自立	□ 一部介助 □ 一部介助 □ 一部介助 □ 意思疎; □ 有 ※BPSD(周	□ 非経口摂取 □ 全介助(全日オ	「ムツ、留置カテーテ 思疎通不可 」らせください	
移 動: □ 自立 栄 養: □ 自立 排 泄: □ 自立 コミュニケーション: □ 可能 認知症: □ 無	□ 一部介助 □ 一部介助 □ 一部介助 □ 意思疎; □ 有 ※BPSD(周	□ 非経ロ摂取 □ 全介助(全日オ 通困難 □ 意 辺症状)は必ずお知	「ムツ、留置カテーテ 思疎通不可 」らせください	
移動:       日白立         栄養:       日白立         排泄:       日白立         コミュニケーション:       日可能         認知症:       日無         処方:       日無	□ 一部介助 □ 一部介助 □ 一部介助 □ 意思疎; □ 有 ※BPSD(周	□ 非経ロ摂取 □ 全介助(全日オ 通困難 □ 意 辺症状)は必ずお知	「ムツ、留置カテーテ 思疎通不可 」らせください	
移動:       日白立         栄養:       日白立         排泄:       日白立         コミュニケーション:       日可能         認知症:       日無         処方:       日無	□ 一部介助 □ 一部介助 □ 一部介助 □ 意思疎; □ 有 ※BPSD(周	□ 非経ロ摂取 □ 全介助(全日オ 通困難 □ 意 辺症状)は必ずお知	「ムツ、留置カテーテ 思疎通不可 」らせください	
移動:       日白立         栄養:       日白立         排泄:       日白立         コミュニケーション:       日可能         認知症:       日無         処方:       日無	□ 一部介助 □ 一部介助 □ 一部介助 □ 意思疎; □ 有 ※BPSD(周	□ 非経ロ摂取 □ 全介助(全日オ 通困難 □ 意 辺症状)は必ずお知	「ムツ、留置カテーテ 思疎通不可 」らせください	
移 動: □ 自立 栄 養: □ 自立 排 泄: □ 自立 コミュニケーション: □ 可能 認知症: □ 無 処 方: □ 無 特記事項	□ 一部介助 □ 一部介助 □ 一部介助 □ 意思疎; □ 有 ※BPSD(周 □ 有 ※処方内容	□ 非経ロ摂取 □ 全介助(全日オ 通困難 □ 意 辺症状)は必ずお知	-ムツ、留置カテーテ 思疎通不可 1らせください 別紙可)	・ル使用含)
移動: □ 自立 栄養: □ 自立 排泄: □ 自立 コミュニケーション: □ 可能 認知症: □ 無 処方: □ 無 特記事項 入院希望期間:	□ 一部介助 □ 一部介助 □ 一部介助 □ 意思疎; □ 有 ※BPSD(周 □ 有 ※処方内容	□ 非経口摂取 □ 全介助(全日オ  ■困難 □ 意  辺症状)は必ずお知 をお知らせください(	-ムツ、留置カテーテ 思疎通不可 1らせください 別紙可)	・ル使用含)
移 動: □ 自立 栄養: □ 自立 排 泄: □ 自立 コミュニケーション: □ 可能 認知症: □ 無 処 方: □ 無 特記事項 入院希望期間: [	□ 一部介助 □ 一部介助 □ 一部介助 □ 意思疎; □ 有 ※BPSD(周 □ 有 ※処方内容	□ 非経口摂取 □ 全介助(全日オ  ■困難 □ 意  辺症状)は必ずお知 をお知らせください(	-ムツ、留置カテーテ 思疎通不可 1らせください 別紙可)	・ル使用含)
移動: □ 自立 栄養: □ 自立 排泄: □ 自立 コミュニケーション: □ 可能 認知症: □ 無 処方: □ 無 特記事項	□ 一部介助 □ 一部介助 □ 一部介助 □ 意思疎; □ 有 ※BPSD(周 □ 有 ※処方内容	□ 非経口摂取 □ 全介助(全日オ  ■困難 □ 意 辺症状)は必ずお知 をお知らせください(	-ムツ、留置カテーテ 思疎通不可 1らせください 別紙可)	・ル使用含)
移動: □ 自立 栄養: □ 自立 排泄: □ 自立 コミュニケーション: □ 可能 認知症: □ 無 処方: □ 無 特記事項 入院希望期間: 「 ケアマネジャー (有	□ 一部介助 □ 一部介助 □ 高思疎; □ 有 ※BPSD(周 □ 有 ※処方内容  □ 間(令和 年 」 無 )	□ 非経口摂取 □ 全介助(全日オ  ■困難 □ 意 辺症状)は必ずお知 をお知らせください(	-ムツ、留置カテーテ 思疎通不可 1らせください 別紙可)	・ル使用含)