

# 東北公済病院

## 地域包括ケア病棟入院申込書

### ◆お申し込みの流れ

1

入院申込書(2枚)を記載してください。  
※1枚目は、内容を満たしていれば、医療機関の診療情報提供書でも申込みは可能です。

2

入院申込書(2枚)をFAXしてください。  
FAX 022-264-4181(地域医療センター直通)

3

#### 判定会議

開催日: 平日に定期開催

内容: 情報提供を基に、当院での受け入れ可否を判断させていただきます。

メンバー: 医師、看護師、リハビリ担当者、在宅復帰支援担当者

4

#### 返答 (入院可否、入院予定日など)

申込み当日~3日程度で電話及びFAXにてご連絡します。

※土日祝等により返答が遅れる場合があります。予めご了承下さい。

5

#### 入院



入院申込みについてのご相談・お問い合わせ先

TEL 022-227-2211(代表)

「地域包括ケア病棟の入院申込について」とご連絡ください。

担当者が対応します。

東北公済病院 地域包括ケア病棟 入院申込書 ①枚目/2

【送信先】

送信日	平成	年	月	日
東北公済病院 地域医療センター				
〒980-0803 仙台市青葉区国分町二丁目3番11号				
TEL 022(227)2211 (代表)				
FAX 022(264)4181 (直通)				

【送信元】

医療機関名	:	
所在地	:	
電話番号	:	
FAX番号	:	
医師氏名	:	
連絡担当者	:	

※太枠内は、全てご記入(○及びチェック式)をお願いします。

※下記内容を満たしていれば、貴院指定の診療情報提供書でも構いません。

【ご紹介患者情報】

フリカナ		性別		生年月日/年齢				
氏名	様	男・女	M・T・S・H	年	月	日	歳	
住所	〒							
電話番号		東北公済病院受診歴	無・有・不明					
患者情報	【病名】 ※主疾患を記入してください。							
	【入院目的】	<input type="checkbox"/> ADL向上 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他 [ ]						
	【入院希望期間】	H 年 月 日 ~ H 年 月 日						
	【経過及び病状】							
当院退院後の通院先: <input type="checkbox"/> 紹介元 <input type="checkbox"/> 他医療機関( ) <input type="checkbox"/> 通院不要								
現在の指示内容 ※予測指示含む	【内服薬】	無・有・別紙添付			【注射薬】	無・有・別紙添付		
	【心電図モニター】	無・有			【血糖測定】	無・有 [ 検/日]		
	【酸素】	無・有 [ L/分]			【人工呼吸器】	無・有		
	【吸引】	無・有 [ 回/日]			設定内容	機種名		
	【気管切開】	無・有				モード		
	【食事制限】	無・有				呼吸回数		
	食事制限内容	絶食・絶飲・CV/点滴				1回換気量		
		経管・胃瘻				気道内圧アラーム設定		
		その他( )			PEEP			
	【飲水制限】	無・有 [ ml/日まで]			Fio2			
【不眠時指示】	無・有 [ ]			【疼痛時指示】			無・有 [ ]	
【不穏時指示】	無・有 [ ]			【てんかん/痙攣時指示】			無・有 [ ]	
【その他】								

# 東北公済病院 地域包括ケア病棟 入院申込書 ②枚目/2

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 記入日 H \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 記載者 \_\_\_\_\_

## 【ADL等確認表】

移動	<input type="checkbox"/> 歩行 自立・見守り・介助 [ 杖・装具・歩行器 ]	
	<input type="checkbox"/> 車椅子 自立・見守り・介助	
	<input type="checkbox"/> 寝たきり	
食事	<input type="checkbox"/> 経口摂取 自立・見守り・介助 { ※食事形態および制限食等の内容 }	
	<input type="checkbox"/> 嚥下障害 無・有 [ ] { }	
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 経鼻・胃ろう・腸ろう 栄養剤 朝 ml - 昼 ml - 夕 ml	
排泄	自立・トイレ誘導・見守り・介助	
	<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"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 自己導尿	
	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテルサイズ Fr 最終交換日 H ____ 年 ____ 月 ____ 日	
ナースコール	<input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない	
意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話ができる <input type="checkbox"/> 何とか可能 <input type="checkbox"/> やっと通じる <input type="checkbox"/> 不可能	
	<input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> その他	
	[ ] [ ] [ ] [ ]	
認知症状 (問題行動)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※具体的な症状を記入して下さい	
	[ ]	
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡 部位: [ ]	
	<input type="checkbox"/> ペースメーカー	
	<input type="checkbox"/> その他: [ ]	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [ ]	
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [ ]	
有料個室	<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能	
転帰先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 未定 { ※元の施設や病院に戻る身体的条件や期日など }	
	<input type="checkbox"/> 施設: [ ]	
	<input type="checkbox"/> 病院: [ ]	
入院利用 目的及び 希望	本人:	家族:
	例)歩行器で歩けるようになりたい、妻を休ませたい等	例)施設に入るまでの期間を過ごしたい、介護で疲れているため休みたい
透析の 有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 維持透析医療機関名: [ ]	
	透析日: <input type="checkbox"/> 月・水・金 時間透析	
	<input type="checkbox"/> 火・木・土 時間透析	
希望病棟	<input type="checkbox"/> 当院におまかせ <input type="checkbox"/> 地域包括ケア病棟 <input type="checkbox"/> 回復期リハビリテーション病棟 <input type="checkbox"/> 一般病棟	
	★希望される病棟にチェックしてください(複数可)	
	★判定会議の結果、ご希望の病棟に入院できない場合、事前にご相談させていただきます。	