

ちよこつと入院相談承り用紙

相談日: 令和 年 月 日

| | | | | |
|-----------------------|---|-------------|-----------------------|--|
| 受診科 | 科 | | | |
| 申込者 | かかりつけ医・訪問看護師・ケアマネージャー・家族() | | | |
| | 連絡先電話番号 () | | | |
| ふりがな 患者氏名 | | 生年月日 | 明・大・昭・平成 年 月 日(歳) | |
| 主病名 | | 当院受診の 有無 | 無 ・ 有 (ID) | |
| 入院希望の理由 | <input type="checkbox"/> 社会的入院 <input type="checkbox"/> 介護疲れ、家族行事の預かり入院 <input type="checkbox"/> 在宅療養環境の調整 <input type="checkbox"/> 褥瘡ケアの集中的治療、寝床環境の調整 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患の全身ケア <input type="checkbox"/> ストーマケアの対応(便漏れ対策・皮膚障害改善) <input type="checkbox"/> 栄養管理: 栄養強化 <input type="checkbox"/> 嚥下機能評価、訓練 <input type="checkbox"/> リハビリテーション・筋力アップ <input type="checkbox"/> その他 <div style="text-align: right; font-size: 2em;">]</div> | | | |
| 入院前 診察希望日 | 令和 年 月 日 | | | |
| かかりつけ医 | | 紹介状 | 有 (FAX・当日持参) ・ 無 | |
| 訪問看護ステーション | | | | |
| 居宅介護支援事業 所・ケアマネジャー | | | | |

| | |
|-------|--|
| 入院決定日 | |
|-------|--|

ちよこつと入院承り用紙の流れ
地域医療連携室 ⇒ 外来 ⇒ 入院支援 ⇒ 地域医療連携室