

FAX 送信先 072-840-3339 (福祉相談室直通)

JCHO 星ヶ丘医療センター レスパイト入院申込書

送信日 令和 年 月 日

●送信先 JCHO 星ヶ丘医療センター・福祉相談室

●送信元

〒573-8511

大阪府枚方市星丘4丁目8-1

TEL: 072-840-2641 (代表)

FAX: 072-840-3339 (直通)

送信者: _____

●患者さんの情報

フリガナ 患者名	大・昭・平・令 年 月 日生 (歳) 男 ・ 女		
住所	連絡先①		
	連絡先②		
医療機関名 (かかりつけ)	医師名		
	TEL		
病名 (主病名)			
入院希望の理由			
入院希望期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで		
アレルギー	なし ・ あり ()		
医療行為	□吸引 (頻度) □酸素 (ℓ/m) □褥瘡処置 (部位)		
	□気管切開 □バルーン留置 □その他 ()		
身体状況	□寝たきり状態 □エアマット使用 □褥瘡予防マット使用 タイプ:		
	□杖 □歩行器 □車椅子 □リクライニング車椅子 □その他 ()		
栄養	経口 (1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助) 食形態 ()		
	経管 (経鼻 ・ 胃ろう ・ その他)		
点滴	なし ・ あり (末梢 ・ 中心)		
精神状態など	□不穏状態あり □認知症あり □その他 ()		
その他			
介護度	□要支援1 □要支援2		
	□要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5		
ケアプラン	事業所名:		
作成	担当者名		
部屋の希望	病室希望 (個室希望 ・ 総室希望 ・ どちらでも可)		

●星ヶ丘医療センター 記入欄

搬送手段	□自家用車 □介護タクシー □救急車
転院日時	令和 年 月 日 () : 到着予定