

ふりがな 患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
住所		電話番号	
かかりつけ医			
主病名			
入院希望の理由			
入院希望 期間	年 月 日 ( ) から 年 月 日 ( ) まで (最長14日間まで)		
医療行為	<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 痰の吸引		
食事	食事内容:		
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> 要監視 <input type="checkbox"/> 自立		
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車椅子乗車可 ( <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 重度介助 ) <input type="checkbox"/> 歩行可能		
精神状況など	<input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> 認知症あり( )		
感染症	<input type="checkbox"/> MRSA有・無 <input type="checkbox"/> HBs抗原( ) <input type="checkbox"/> HCV抗体( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
要介護認定	要支援 1・2    要介護 1・2・3・4・5		
ケアマネ ジャー	事業者名: 担当者名:		電話番号:
訪問看護 ステーション	事業者名: 担当者名:		電話番号:
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 4人床(1650円) <input type="checkbox"/> 無料4人床 <input type="checkbox"/> 個室(7700円) <input type="checkbox"/> 個室(8800円) <input type="checkbox"/> 個室(11000円) * ベッドの空き状況によりご希望に添えない場合があります。		

-----以下当院使用

入院予約票

入院決定日	年 月 日 ( )	来院時間		場所	入退院支援センター ⑤窓口
連絡事項: 内服薬については入院期間分をご持参ください					