

# 受け入れ申し込み依頼書

依頼日 年 月 日

○ 外来受診 ・ 入院希望

○ 紹介医療機関・担当医名

○ 患者様氏名 \_\_\_\_\_ 様 ( 男 ・ 女 )

○ 生年月日 T ・ S ・ H ・ R 年 月 日 生 ( 才 )

○ 住所・電話番号 \_\_\_\_\_ Tel ( )

○ 診断名 \_\_\_\_\_

○ 保険情報 国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 後期高齢 ・ 原爆 ・ 生保 ・ その他 ( )  
( 労災 ・ 交通事故 )

○ 障害者手帳 { 有 ( 級 ) ・ 無 } ・ 障害部位 ( )

## ～患者様の状況～

○ 酸素使用 ( 有 ・ 無 ) ・ 常時 ( L ) ・ 夜間のみ ( L ) ・ その他 ( )

○ 吸引の必要性 ( 有 ・ 無 ) ( 回数 回 / 日 )

○ 可能な体動 ・ 歩行 ( 自立 ・ 一部介助 ・ 出来ない ) ・ 座位保持 ( 自立 ・ 介助 ) ・ 寝返り ( 自立 ・ 介助 )

○ 食事 ・ 経口 ・ 経管栄養 ・ 絶食 ・ 絶飲食 ※ 摂食状態 ( 自立 ・ 要介助 )

○ 排泄 ・ 自立 ・ オムツ ・ トレーニングパンツ ・ ポータブルトイレ ・ 尿器 ・ カテーテル留置中

○ 認知症 ( 有 ・ 無 ) ・ 徘徊 ( 有 ・ 無 ) ・ 大声 ( 有 ・ 無 ) ・ その他の症状 ( )

○ 精神疾患 ( 有 ・ 無 ) ・ 病名 ( ) ・ 症状 ( )

○ 睡眠状態 ( 良好 ・ 不良 ) ・ 夜間 ( 良眠 ・ 不眠 ) ・ 眠剤服用 ( 有 ・ 無 )

○ 介護保険申請 ( 済 ・ 未 ) ・ 要支援 ( ) ・ 要介護 ( )

○ 居宅事業所名 ( \_\_\_\_\_ → 担当ケアマネジャー :

○ 家族の状況 キーパーソン ( 氏名 : \_\_\_\_\_ ) ・ ( 電話 \_\_\_\_\_ )

( 関係 : \_\_\_\_\_ ) ・ ( 携帯 \_\_\_\_\_ )

○ 長崎友愛病院退院後の療養希望先 自宅 ・ 施設 ( 種別 ・ 施設名 : \_\_\_\_\_ ) ・ 他の医療機関 ( \_\_\_\_\_ )

< 特記事項 ・ 家族構成等・・・(できるだけ詳細に) >