地域連携課　行　　ＦＡＸ：0598-21-8793

松阪市民病院　地域包括ケア病棟

入院申込書　兼　同意書

ID：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  患者氏名 |  | 生年月日 | 大正・昭和・平成　　　男・女  年　　月　　日（　　　歳） |
| 住所 |  | 家族氏名電話番号 | 続柄 |
| かかりつけ医 |  | 主病名 |  |
| 入院希望の理由 |  | | |
| 入院希望期間 | 令和　　年　　月　　日　　　～　　　令和　　年　　月　　日  （　□入院期間は合わせます　□上記期間に入院できなければ入院しません　） | | |
| 部屋希望 | □個室　□大部屋  （　□部屋は合わせます　□希望する部屋がなければ入院はしません　） | | |
| 退院先 | □自宅　□施設（種別と施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 医療行為 | □褥瘡処置　　□たん吸引（　　回/　　日）　□麻薬の管理  □経管栄養（胃ろう・腸ろう）　内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □気管切開　　□点滴（CVポート：有　無）　□在宅酸素  □人工肛門　　□インスリン注射  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 食事 | □自立　□見守り　□一部介助　□全介助 | | |
| 主食　□米飯　□軟飯　□全粥  副食　□普通　□軟菜　□刻み　□ミキサー食　□ソフト食  その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| □嚥下障害あり　□嚥下障害なし | | |
| 排泄 | □トイレ　□ポータブルトイレ　□おむつ　□リハビリパンツ　□ストーマ  □バルーンカテーテル　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 身体状況 | □自立　□見守り　□一部介助  □寝たきり状態（エアマット使用　□あり　□なし）　□車いす  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 入院日の移動手段  □家族搬送　□施設搬送　□介護タクシー | | |
| 服薬 | □自己管理　□要管理 | | |
| 精神状態など | □不穏状態あり　□認知症あり　□認知症なし | | |
| 感染症 | □なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 家族の思い | 大切にされていること（クッションの入れ方、介助時や入浴時の仕方など） | | |
| その他 |  | | |
| 要介護認定または障害区分 | ※連携シートありましたら一緒にFAXお願いします。 | | |
| ケアプラン作成事業所名・電話番号・担当者名 |  | | |

**確認事項**

□　入院日は平日の午後、退院日は平日の午前になります。

□　病棟の稼動状況により、入退院日、入院期間、部屋については希望に添えない場合や急な変更をお願いすることがあります。

□　レスパイト入院は治療や検査を目的にした入院ではありません。かかりつけ医に定期受診し、状態が安定している方が対象であり、暴力行為や無断離院等、安定した入院生活を送れない方は入院対象外です。

□　環境の変化に伴うストレス、認知機能の低下、転倒転落のリスクがあります。

□　症状の急変や治療が必要になった場合（入院中の肺炎や褥瘡発生等）は一般病棟に転棟もしくは専門医のいる病院に転院していただく場合があります。

□　診療や看護、その他の治療のために必要に応じて、関係機関（医療機関、在宅サービス関係事業者、市役所担当者、利用中の施設等）へ個人情報をお伝えする場合があります。

□　主治医が入院の終了を判断した場合には、退院の指示に従ってください。

□　当院の規則や指導に従い、共同生活において他の患者に迷惑をかけないよう努めてください。

□　地域包括ケア病棟では看護職員の配置基準を13：1としています。

□　**「入院のご案内」を確認し、地域包括ケア病棟の説明を十分に受け、理解し入院申し込みをします。**

【　署　名　】