

# 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 ( <input type="checkbox"/> 入院期間は合わせます <input type="checkbox"/> 上記期間に入院できなければ入院しません )		
部屋希望	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 大部屋 ( <input type="checkbox"/> 部屋は合わせます <input type="checkbox"/> 希望する部屋がなければ入院はしません )		
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (種別と施設名 )		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> たん吸引 ( 回/ 日) <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう・腸ろう) 内容 ( ) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 (CV ポート : 有 無) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 その他 ( )		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ソフト食 その他 ( ) <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし		
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"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル その他 ( )		

身体状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 寝たきり状態（エアマット使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他（ ）
	入院日の移動手段 <input type="checkbox"/> 家族搬送 <input type="checkbox"/> 施設搬送 <input type="checkbox"/> 介護タクシー
服薬	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 要管理
精神状態など	<input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 認知症なし
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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に努めてください。
- 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 】 \_\_\_\_\_