|  |  |
| --- | --- |
| FAX送信票　0220-20-7122 | |
| 入院申込書（在宅療養後方支援体制） | |
| （診療情報提供書も併せて送信してください） | |
|  | 送信日　　令和　　　年　　　月　　　日 |
| 送信先 | 送信元 |
| 登米市立登米市民病院 | 医療機関名 |
| 科　　　　　　　　　　先生 | 所　在　地 |
|  | 電　　　話 |
| 電話　0220-22-5511（代表） | F　A　X |
| 以下のとおり、登米市立登米市民病院の入院を申し込みます。 | |
| **※緊急の場合にはこの申込書は使用せず、直接各科外へご相談ください。** | |

（在緊　様式4）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | | 生年月日 | M・T・S・H　　　　年　　　月　　日 |
| 連絡先  （キーパーソン） | 氏名　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　）電話 | | | |
| 入院希望日 | 平成　　　　　年　　　　　月　　　　　日　（　　　　） | | | |
| 入院目的  （必ずどこか1つにチェック） | * 準救急時の治療や経過観察   （準救急とは即日入院の必要はないが2～3日中には必要になる可能性がある状態）   * 検査や画像診断等、身体状況の評価 * 看取り * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ケアマネ  ジャー | 事業所名 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| 担当者 |  | | |
| 利用の件 | □協議済み　　　　　□不在のため伝言又は今後連絡 | | |
| 日常の在宅  療養の状況 | 【処置内容】  □点滴の管理（□末梢　□IVH　□ポート）　□経管栄養　□酸素療法　□褥瘡処置  □気管切開　□ドレーン管理　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  【アレルギーの有無】   * 無　　□　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   【日常生活動作】   * 自立　□　見守り　□　車いす　□　寝たきり　□　認知機能障害 | | | |
| その他  特記事項 |  | | | |