

吹田徳洲会病院 地域包括ケア病棟入院・転院前の外来申込書

年 月 日

ご紹介元医療機関 所在地 (〒 -)

医療機関名 _____

TEL _____ Fax _____

診療科 _____ 医師名 _____

記載者 _____

入院目的 ADL up 生活環境の整備 施設探し レスパイト その他()

ふりがな 患者氏名		生年月日 年齢	年 月 日 才	性 別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
住 所	(〒 -)	電話			
住 居	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 施設 () ※ key person ()				
病名・病状経過・投薬	※ お手数ですが、診療情報提供書の添付をお願い致します。				
ADL	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 介助で歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器での歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他 ()				
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 (新規・区分変更) <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
急 変 時	<input type="checkbox"/> DNAR <input type="checkbox"/> 心肺蘇生希望 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 未確認				
外来希望日	第一希望 月 日 時		第二希望 月 日 時		
外来開催日	月曜 am ①10時 ②11時 pm ③13時 ④14時 火曜 am ①10時 ②11時 pm ③13時 水曜 am ①10時 ②11時 木曜 am ①10時 ②11時 pm ③13時 ④14時 ⑤15時 金曜 am ①10時 ③11時 pm ③13時 ④14時 ⑤15時				

※ 下記の全ての項目を満たしている事をご確認の上、お申し込みお願い致します。

退院先は、自宅または施設 (※療養型病院、老健は除く)

地域包括ケア病棟に入院後、60日以内に退院できる見込み

現時点で急性期治療が不要 (病状安定)