

協力病院 院長
府 中 市 長

府中市後方支援病床利用調整事業申込書

NO

療養者情報	フリガナ 氏名		男 女	明・大・昭	年	月	日生 (歳)
	住 所	府中市 町 丁目 番地の					
医療保険等	社保・国保・後期高齢 / 負担限度(有・無) / 生活保護受給 (有・無)						
介護保険	総合事業対象者・要支援 ()・要介護 ()・申請中・なし						
主治医	医療機関名						
	医師名			連絡先			
後方支援病床 申込確認事項	① かかりつけ医より入院が必要な状況と言われている (はい ・ いいえ) ② 入院調整が難しい状況である (はい ・ いいえ) ③ 退院後、在宅療養を継続する意思がある (はい ・ いいえ)						
希望病院	() 奥島病院 () 共済会櫻井病院 () 府中医王病院 () 府中恵仁会病院						
申込に至った 経 緯	(病状変化の状況を簡単に記入)						
世帯状況	ひとり暮らし・高齢者のみ世帯・同居			介護者の有無	有 ・ 無		
身体・生活 状況	寝返り	1 自分でできる 2 一部介助が必要 3 全介助					
	歩 行	1 自分でできる 2 見守りが必要 3 一部介助が必要 4 できない					
	食 事	1 自分で食べる 2 食べさせてもらう (経管・経胃栄養を含む)					
	排 便	1 トイレに行ける 2 ポータブルトイレを使用 3 オムツを使用					
	入 浴	1 自分で入れる 2 介助があれば入れる 3 寝たきりで全介助					
	意思の伝達	1 会話できる 2 身振り等で伝える 3 できない					
	認知症	有・無・不明 ・介護への抵抗 ・大声を出す ・歩き回る ・昼夜逆転 ・その他 ()					
緊 急 連 絡 先	1 氏名			続柄 ()	電話	-	-
	2 氏名			続柄 ()	電話	-	-
担当ケアマネジャー	無・有 事業所名() 担当者名 ()						
訪問看護ステーション	無・有 事業所名() 担当者名 ()						
<p>本事業利用にあたり、医療機関・介護サービス事業所等の関係機関に事業実施及び療養者への支援に必要な範囲で、情報収集及び情報提供することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">本人氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">代筆者氏名 _____ (続柄 _____)</p>							