

(別紙1)

## 入院相談票（ケアマネジャー用）

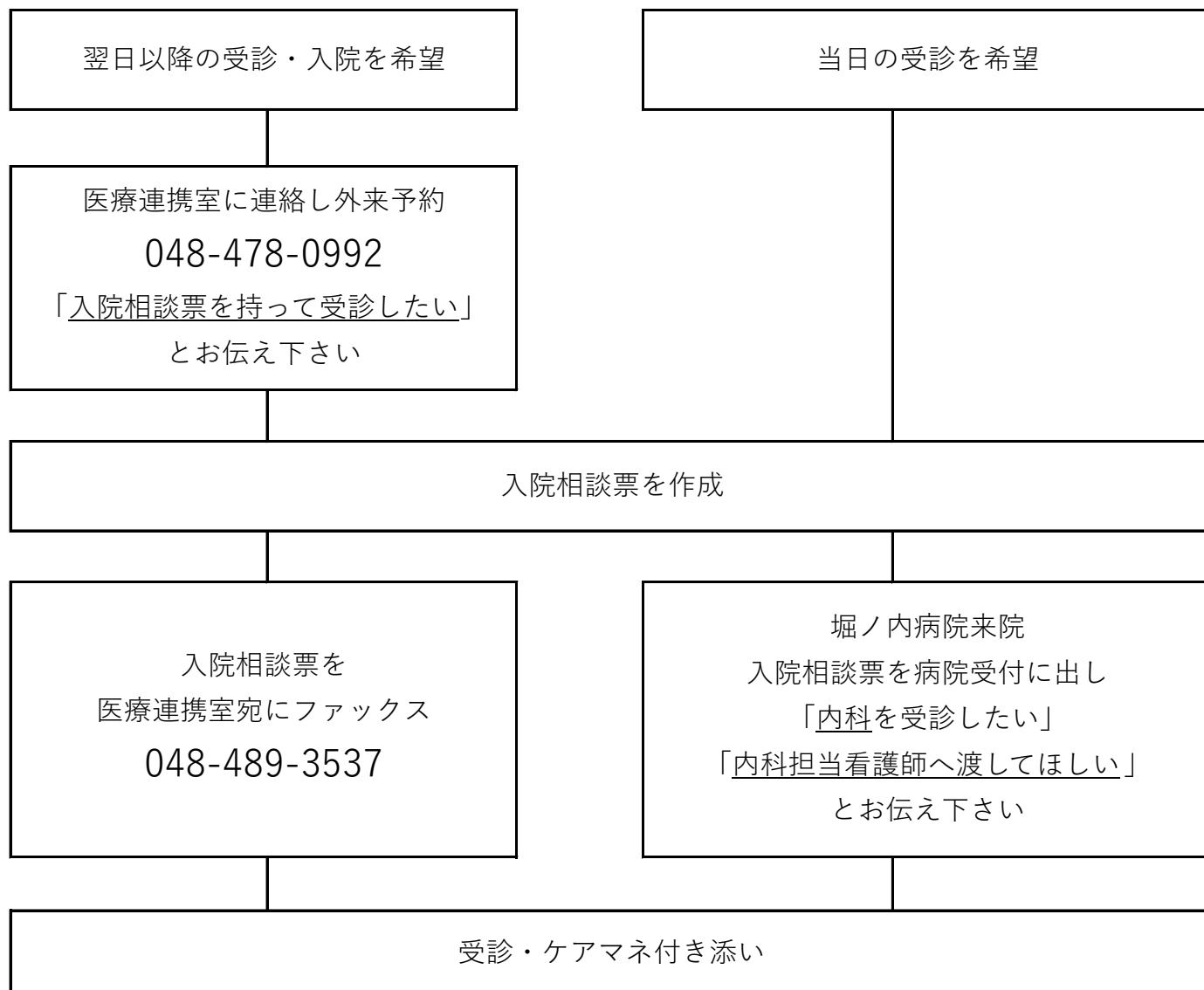
堀ノ内病院 医療連携室 FAX048-489-3537 宛

記入日 年 月 日

事業所名		担当者	
連絡先（TEL）		（FAX）	
フリガナ 利用者氏名			介護度 <div></div>
生年月日	T・S・H・R 年 月 日	歳（男・女）	
住所			
病名			
かかりつけ医	病院		医師
入院希望理由		家族状況	
		家族状況特記:	
生活動作			
食事		入浴	
排泄		コミュニケーション	
移動		認知機能	
更衣		その他	
キーパーソン	続柄		
連絡先	（TEL）		
延命に関する 意向			
差額ベッド代等 費用面に 関する意向			
希望入院期間			
予定している 在宅調整内容			

食欲がなく体力が低下してしまい動けなくなった・腰痛で布団から起き上がれなくなりトイレにも行かない・急に歩けなくなり家族も困っている 等、救急要請が必要な状態ではないものの、急遽在宅調整のための時間が必要となった場合の入院相談について

## 受診までの流れ



1. 受診の際は必ずご同席をお願いいたします
2. 入院の際は、ご本人の同意が必要となります。事前に意向確認をお願いいたします
3. 2週間で退院可能となるよう調整をお願いいたします
4. 診療の過程で治療が必要と判断された場合は、通常の入院対応となります