

岐阜県在宅療養あんしん病床確保事業 入院申請書

※登録医（かかりつけ医）は、下記を記載し、様式 3:受入医療機関一覧のうち、入院を希望する医療機関の担当部署に電話連絡の上、FAX 送信してください。

記入日 年 月 日

受入医療機関名 (入院希望先)	
登録医 (かかりつけ医)	医療機関名： 医師名： 連絡先：
患者情報	氏名： TEL： 住所： 生年月日：大正・昭和 年 月 日生（ ）歳 性別：男・女
主病名	
入院の目的	<input type="checkbox"/> 病状憎悪時の治療 <input type="checkbox"/> 病状再評価 <input type="checkbox"/> 家族支援 <input type="checkbox"/> 在宅看取りのための支援（緩和ケア含む） <input type="checkbox"/> 医療機器の交換/調整 <input type="checkbox"/> 検査・画像診断 <input type="checkbox"/> リハビリテーション・機能評価
入院希望期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
ADL情報	移動： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（寝たきり） 食事： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 非経口摂取 排泄： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（全日オムツ、留置カテーテル使用含） コミュニケーション： <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 意思疎通不可 認知症： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ※BPSD（周辺症状）は必ずお知らせください。 処方： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ※処方内容をお知らせください。（別紙可） 特記事項：
要介護認定 ケアマネジャー	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (事業所名・担当者名 TEL：

【 入院 報 告 書 】

受入医療機関 → 岐阜県医師会事務局

※受入医療機関は、患者入院後、約一週間のうちに、下記を記載し、岐阜県医師会事務局へ
(FAX : 058-271-1651) 送付してください。

上記、登録医からの求めに応じ、患者が入院したことをご報告します。	報告日 年 月 日
受入医療機関名： 担当部署名：	担当者名：
患者の入院日： 令和 年 月 日	