

短期入院申込用紙

☐胃瘻交換 ☐レスパイト ☐NASVA 在宅支援入院 ☐①3泊4日 ☐②7泊8日 ☐③14泊15日

☐無料送迎利用
(利用条件あり)

※ 無料送迎の利用希望される場合は、別紙「無料送迎車利用申請書」が必要となります。受付 FAX 時に用紙を送りますので、記入いただき FAX 願います。

※ 在宅支援入院は、訪問診療を受けている患者が計画的に入院し、通常行えない検査等を行うための入院です。無料送迎の利用が可能です。

※ ケアマネジャーや訪問看護より申込する場合は、以下に記入し申してください。その上で、かかりつけ医療機関に連絡を入れて下さい。

ケアマネジャーなど

申込事業所 _____ 申込者 _____ TEL _____

医療機関の場合は、点線より下から記載願います。

医療機関名 _____ 担当者 _____ FAX _____

不明な時は空欄で OK です。

フリガナ
患者氏名 _____ 男・女 生年月日 _____ 協同 ID _____

入院期間 _____ 月 _____ 日 () : _____ ~ 退院希望日 _____ 月 _____ 日 () :

※ 基本的に、入院は 11:00 退院は 10:00 となっています。

※ 1 階入院時一般検査（採血、レントゲン、心電図）実施後に病棟へ上がることが可能な方は、入院時間を 10:00 となります。

※ 無料送迎利用者は、送迎の予定時間に合わせた入院・退院となり、時間の決定は 1 週間前になります。

身体状況 酸素 ☐不要 ☐要 (_____ ℓ/分)

病室の調整で必要
なため記入
願います。

吸引 ☐不要 ☐要

食事 ☐自立 ☐半介助 ☐全介助 ☐経管 (内容 _____)

排泄 ☐PWC ☐オムツ ☐バルン

移動 ☐独歩 ☐杖 ☐車椅子 ☐担架

医療処置 ☐なし ☐あり _____

特記事項 エアーマット ☐なし ☐あり → 持ち込み ☐可 ☐不可 ※病院の在庫に限りがあるため

訪問リハ・デイケアの利用 ☐なし ☐あり ※訪問看護のセラピストによる訪問リハも含む

***** 以下、川崎協同病院で記載 *****

受付時と入院日決定時に FAX にて、ご報告いたします。

【受付】 _____ 月 _____ 日 申込受け付けました。患者サポートセンター 担当 (_____) ☐ID 作成・地連システム登録

【決定】 _____ 月 _____ 日 () : _____ ~ _____ 月 _____ 日 () : _____ ☐電子カルテ入院登録