

## 嚥下入院申込書

記入日： 年 月 日

ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 歳
患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所			
電話番号			
主介護者名	緊急連絡先： 関係（ ）		
かかりつけ医			医師
主病名			
希望理由	<input type="checkbox"/> むせやすいなど誤嚥の確認 <input type="checkbox"/> 食事形態のアップ <input type="checkbox"/> 安全な食事摂取方法 その他（ ）		
希望期間	月 日 曜日	～	月 日 曜日
移動手段	<input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 介助 必要・不要		
医療行為	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> IVH） <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
食事方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
食事種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 嚥下食 水分： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> とろみ		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり（褥瘡マット使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） <input type="checkbox"/> 車いす乗車 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 移動・移乗時の介助 必要・不要		
認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 問題行動（ ）		
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）		
そのほか			
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族あり（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5		
連絡先	事業所名： 担当者名： TEL：		

※かかりつけ医が他医療機関の場合は診療情報提供書を添付して下さい。

回答

受入れ日時

年

月

日

( )

時着



