（様式５）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**登録医（かかりつけ医）→受入医療機関**

**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 | □病状憎悪時の治療　　　□病状再評価　　　□家族支援　　□在宅看取りのための支援（緩和ケア含む）□医療機器の交換/調整　　□検査・画像診断　　□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：　□自立　　　□見守り　　　　　□一部介助　　　　　□全介助（寝たきり）  食　 事：　□自立　　　□一部介助　　　□非経口摂取  排　 泄：　□自立　　　□一部介助　　　□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：　□可能　　　　　□意思疎通困難　　　　　□意思疎通不可  認知症：　□無し　　　□有り　※BPSD（周辺症状）は必ずお知らせください。  処 方：　□無し　　　□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 | |