

臼杵市医師会立コスモス病院 **メディカルショートステイ依頼シート**

地域連携室直通 TEL：0972-62-5883

FAX：0972-62-8404

かかりつけ医 貴施設名

TEL FAX 担当者

フリガナ

患者氏名 性別

生年月日 年齢

住所 電話

主病名 既往歴

石仏ねっと 有 無 個室希望 有 無

特記すべき医療的処置 入院希望期間

入院が必要な理由

【身体状態】

麻痺 有 無

右上肢 左上肢 右下肢 左下肢

言語障害 有 無

意思疎通 可 不可

歩行 自立 杖 歩行器 車椅子

座位保持 自立 一部介助 全介助

立ち上がり 自立 一部介助 全介助

マット 体圧分散マット エアーマット その他

アレルギー 有 無

薬剤 食物 その他

食事 自立 一部介助 全介助 経管栄養

水分摂取 有 無

形態など

排尿・排便 自立 Pトイレ オムツ

入浴 自立 一部介助 全介助

要介護認定 済 未 申請中

介護度 利用中の福祉サービス

【医療的な気がかり】

食欲不振 有 無 嚥下障害 有 無

認知症 有 無 夜間不眠 有 無

不穩 有 無 困っていること

痛み 有 無 部位

その他

家族の希望

シートを送付していただいた後、看護師が直接聞き取りをさせていただくことがあります。その上で入院の調整を開始し、入院可能な日時をお知らせいたしますので、ご家族への連絡をお願いいたします。 令和6年9月 改定版

キーパーソン
氏名：.....
TEL：.....

