

後方支援病床利用申込 F A X

2 か所へ F A X 願います。
① 後方支援病院宛：本紙及び診療情報提供書（書式不問）
② 三鷹市在宅医療・介護連携支援窓口宛：本紙のみ

送信先：① 病院 先生
② 在宅医療・介護連携支援窓口（0422-48-2813）

発信元：

電話 日付： 令和 年 月 日
F A X

以下のとおり、三鷹市在宅療養者後方支援病床の利用を申し込みます。

利用者氏名 (頭文字のみ記入)	(例：み〇〇 た〇〇)		生年月日 (月日のみ記入)	月 日
入 院 希 望 日	令和 年 月 日	入院希望 期間	日間 (入院より14日が限度)	
入院目的 (必ずどこか 1つにチェック)	☐ 家族介護者支援 (介護保険施設のショートステイが医療行為の必要性等何らかの理由により利用できない場合) ☐ 準救急時の治療や経過観察 (準救急とは即日入院の必要はないが2～3日中には必要になる可能性のある状態) ☐ 検査や画像診断等、身体状況の評価 ☐ 看取り(危篤状態等概ね14日以内と見込まれるもの) ☐ その他()			
退院目標	(具体的にどのような状態なら退院可能か、退院日の希望等あれば記入)			
ケアマネジャー	事業所名			
	電話番号			
	担当者名			
	利用の件	☐ 協議済み ☐ 不在のため伝言または今後連絡		
日常の在宅療養 の状況	【在宅処置】 ☐ 経管栄養 ☐ IVH ☐ 酸素療法 ☐ 吸引 ☐ 気管切開 ☐ 点滴管理 ☐ 褥瘡処置 ☐ ドレーン管理 ☐ その他() 【認知症高齢者の日常生活自立度】 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M 【障がい高齢者の日常生活自立度】 ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2			
その他・特記				