渓和会江別病院　患者サポートセンター医療連携室宛て

　FAX：011-382-2050

地域包括ケア病棟　レスパイト入院申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな患者氏名 |  | 生年月日 | 明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳） |
| 患者住所 |  | 電話番号 |  |
| 家族氏名 | 　　　　　　　　　　関係（　　　） | 家族　　電話番号 |  |
| 入院希望の理由 |  |
| 入院希望期間 | 　　年　　月　　日　　から　　　　年　　月　　日 |
| 退院先 | [ ] 自宅　施設（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療行為 | [ ] 褥瘡処置（部位：　　　　　　　　）[ ] 喀痰吸引　[ ] 麻薬の管理　[ ] 胃ろう　[ ] 点滴　[ ] 人工透析　[ ] 在宅酸素　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 部屋の希望 | [ ] 多床室　[ ] 個室（1日税別 ５,000円） |
| 前回のレスパイト入院のご利用から、状態に著変のない方は以下の記載は不要です。但し、前回のご利用から３か月経過してのご利用の場合は記載をお願い致します。 |
| 食事 | [ ] 自立　[ ] 一部介助　[ ] 全介助食事形態（主食：　　　　　　　　　　　　副食：　　　　　　　　　　　　　　　　）経腸栄養剤（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ] 嚥下障害あり　[ ] 嚥下障害なし |
| 排泄 | [ ] トイレ　[ ] ポータブルトイレ　[ ] おむつ　[ ] 尿道留置カテーテル　[ ] 人工肛門その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 身体状況 | [ ] 寝たきり状態（褥瘡マット使用　[ ] あり　[ ] なし）　[ ] 車椅子乗車可能[ ] 歩行可能　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 精神状態など | [ ] 不穏状態あり　[ ] 認知症あり（HDS-R　　　　点）　[ ] 認知症なし |
| その他 |  |
| 要介護認定 | 要支援　1　・　2　　　要介護　1　・　2　・　3　・　4　・　5 |
| ケアマネジャー | 事業者名：　　　　　　　　　　　　Ｔｅｌ： （担当者名） |
| 訪問診療所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｔｅｌ： |
| 訪問看護ステーション | 事業者名：　　　　　　　　　　　　Ｔｅｌ：  |