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](TEL:0154-32-3464　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： | | |