

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: T e l : (担当者名)		
訪問診療所	T e l :		
訪問看護ステーション	事業者名: T e l :		