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 | 生年月日 明・大・昭・平 |
|--------------------------------|---|
| 患者氏名 | 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 |
| LEW L/ L | 施設(施設名: |
| 医療行為 | □褥瘡処置(部位: □帰痰吸引 □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) |
| 前回のし | - 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。 |
| | □自立 □一部介助 □全介助 |
| 食事 | 食事形態(主食: 副食: 副食:) |
| | 経腸栄養剤() |
| | |
| | □嚥下障害あり □嚥下障害なし |
| 排泄 | □嚥下障害あり □嚥下障害なし □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 |
| 排泄 | □嚥下障害あり □嚥下障害なし □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() |
| 排泄 | □嚥下障害あり □嚥下障害なし□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()□寝たきり状態(褥瘡マット使用 □あり □なし) □車椅子乗車可能 |
| | □嚥下障害あり □嚥下障害なし □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() |
| | □嚥下障害あり □嚥下障害なし□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()□寝たきり状態(褥瘡マット使用 □あり □なし) □車椅子乗車可能 |
| 身体状況 | □嚥下障害あり □嚥下障害なし □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() □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() |
| 身体状況精神状態など | □嚥下障害あり □嚥下障害なし □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() □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() |
| 身体状況 精神状態など その他 | □嚥下障害あり □嚥下障害なし □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() □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() □不穏状態あり □認知症あり(HDS-R 点) □認知症なし 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 事業者名: Tel: |
| 身体状況 精神状態など その他 要介護認定 | □嚥下障害あり □嚥下障害なし □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() □歩行可能 その他() □不穏状態あり □認知症あり(HDS-R 点) □認知症なし 要支援 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 |