小川赤十字病院　　患者サポートセンター内　医療連携室宛　　FAX:0493-71-5779

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 ・ 平成 年　月　日（　歳）
住　所	電話番号 （　）		
かかりつけ医		病　名	
入院希望理由			
入院希望期間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 ＊基本7日以内		
医療行為	□ 褥瘡処置　□ 痰吸引　□ 麻薬管理　□胃ろう･経管栄養　□気管切開 □ 在宅酸素　□点滴　□その他（　）		
食　事	□ 自　立　□一部介助　□全介助 食事の内容（　） □ 嚥下状態 良　□ 嚥下状態　不良		
排　泄	□トイレ　□ポータブルトイレ　□おむつ　□バルンカテーテル その他（		
身体状況	□寝たきり状態（褥瘡マット使用　□ あり　□ なし）　□ 車いす乗車可能 □歩行可能　その他（　）		
精神状態など	□認知症なし　□認知症あり（症状:		
感染症 （検査していたら）	□MRSA　あり（部位:　）･ なし　□HBs抗原（　）□HCV抗体（　）		
部屋の希望	□4床室　□個室（ 1日5,500円　1日6,600円 ）		
その他			
要介護認定	認定なし 要支援 １ ・ ２　要介護 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５		
（紹介元についての情報）			
ケアマネージャー （担当者名）	事業所名: 担当者:	Tel Fax	
訪問看護 ステーション	事業所名: 担当者:	Tel Fax	
紹介元 医療機関	医療機関名: 医師名:	Tel Fax	

ご入院までに上記内容に変更がありましたらご連絡お願い致します。

入院予約日:　　年　月　日　　時　分