

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	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> 胃ろう・経管栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他()		
食 事	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事の内容() <input type="checkbox"/> 嚥下状態 良 <input type="checkbox"/> 嚥下状態 不良		
排 泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> バルンカテーテル その他()		
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態(褥瘡マット使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 車いす乗車可能 <input type="checkbox"/> 歩行可能 その他()		
精神状態など	<input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> 認知症あり(症状:		
感染症 (検査していたら)	<input type="checkbox"/> MRSA あり(部位:)・なし <input type="checkbox"/> HBs抗原() <input type="checkbox"/> HCV抗体()		
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 4床室 <input type="checkbox"/> 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