

レスパイトケア入院申込書

※紹介元の医療機関でご記入していただき、FAXにて送信をお願いいたします。

紹介元 医療機関名			TEL	
			FAX	
ふりがな			生年月日	M · T · S
患者氏名			(年齢)	年 月 日(歳)
患者住所				
患者自宅電話番号				
キーパーソン	氏名(続柄)	()	TEL	
主な病名				
入院希望理由				
患者・家族の 希望等				
希望入院期間	20 年 月 日	～	20 年 月 日	迄 日間
入院方法	<input type="checkbox"/> 介護タクシー(寝台) <input type="checkbox"/> 介護タクシー(車椅子) <input type="checkbox"/> 歩行			
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡措置 <input type="checkbox"/> ドレナージ管理 <input type="checkbox"/> 創処置 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他()			
看護・介護	<input type="checkbox"/> 体位変換 <input type="checkbox"/> オムツ交換 <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> 食事介助 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> その他()			
食事関連	<input type="checkbox"/> 胃瘻又は経管栄養 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし <input type="checkbox"/> 食事形態()			
排泄	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用 <input type="checkbox"/> 尿器使用 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル			
清潔行為	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 入浴可能 <input type="checkbox"/> 清拭のみ			
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> エアーマット使用 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> その他()			
精神状態等	<input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> 精神科疾患あり <input type="checkbox"/> 精神科疾患なし <input type="checkbox"/> 問題行動あり(大声・徘徊・暴力行為・不潔行為) <input type="checkbox"/> その他()			
感染症 (痰・尿・便・創等)	<input type="checkbox"/> あり(MRSA ESBL CD-トキソ その他:)検体(痰 尿 便 創) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
介護保険	介護認定	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	
障害者保険	身障	級 (身体・精神・知的) 難病認定:		
支援事業所	支援事業者名			
	担当者名			
	TEL		FAX	
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(施設名:)			
その他				