栗原市立栗原中央病院　地域医療連携室行き　ＦＡＸ：0228-21-5336

レスパイト入院申込書

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな患者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　明治・大正・昭和・平成・令和　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日生（　　歳）　男・女 |
| 住所　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　）　　　　　　　 |
| かかりつけ医 |  |
| 主病名  |  |
| 入院希望の理由 |  |
| 入院希望期間 | 令和　　年　　　月　　　日（　）　から　令和　　年　　　月　　　日（　）　希望 |
| 医療行為 | □たん吸引（　　　　　回/日）　□酸素（　　　　　ℓ/m）　□気管切開　□褥瘡処置（部位： 回数：　回/日）　□麻薬の管理（品名：　　　　　回/日）□胃ろう・経鼻・その他（品名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　回/日）　□点滴（末梢・中心静脈栄養・CVポート　　品名：　　　　　　　　　　　　　　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食事 | □自立　□一部介助　□全介助　食事の内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□嚥下障害あり　□嚥下障害なし |
| 排泄 | □自立　□一部介助　□全介助□トイレ　□ポータブルトイレ　□おむつ　□留置カテーテル　□その他　 |
| 身体状況 | □自立　□一部介助　□全介助□寝たきり（褥瘡マット　なし・あり）　□車いす　□杖　□その他 |
| 精神状態など | □認知症なし　□認知症あり |
| 感染症 | □不明　□なし　□あり（　MRSA・HBV・HCV・その他　　　　　　　　　　　　　） |
| アレルギー | □不明　□なし　□あり（ |
| 社会背景 | 家族構成（　　　　人暮らし）　キーパーソン（関係：　　　　　　　　　　　　　　）医療費助成制度の適応（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）介護保険（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）障害区分（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）サービス内容・利用日 |
| 備考 |  |
| ケアプラン事業所・電話・担当者 |  |

・・・受入病院記入欄・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

|  |  |
| --- | --- |
| 入院日時 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　：　　～令和　　年　　月　　日（　　）　： |
| 移動手段 | □自家用車　□介護タクシー　 |
| 病室 | □個室（3,300円）　　□相部屋　　□どちらでも可 |
| 受入病棟 | 　　　　　病棟　　　　　科　　　　　先生（直接入院・外来受診後入院） |
| チェック欄 | □担当医　□受入病棟　□医事課（３カ所）　□外来　□リハビリ |

指示受入者：