

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	<input type="checkbox"/> たん吸引 (回/日) <input type="checkbox"/> 酸素 (ℓ/m) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位: 回数: 回/日) <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 (品名: 回/日) <input type="checkbox"/> 胃ろう・経鼻・その他 (品名: 回/日) <input type="checkbox"/> 点滴 (末梢・中心静脈栄養・CVポート 品名:) 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"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <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"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他
身体状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 寝たきり (褥瘡マット なし・あり) <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 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
感染症	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (MRSA・HBV・HCV・その他)
アレルギー	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー
病室	<input type="checkbox"/> 個室 (3,300円) <input type="checkbox"/> 相部屋 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 担当医 <input type="checkbox"/> 受入病棟 <input type="checkbox"/> 医事課 (3カ所) <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> リハビリ

指示受入者: