レスパイト入院申込書

栗原市立栗原中央病院　地域医療連携室行き　ＦＡＸ：0228-21-5336

令和　　　年　　　月　　　日

**☆診療情報提供書とともにお申込みください**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 生年月日 | 明・大・昭・平成  年　　月　　日（　　歳） |
| 患者氏名 |  | | |
| 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　～　令和　 　　年　　 　 月　 　日 | | | | |
| 退院先 | □ 自宅　　 　□ 施設（種別と施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 医療行為 | □ 褥瘡処置　 □ たん吸引　 □ 麻薬の管理　 □ 胃ろう　 □ 気管切開　 □ 点滴  □ 在宅酸素　 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　 □ なし | | | | |
| 排泄 | □ トイレ 　 □ ポータブルトイレ　　□ おむつ　　　□ フォーレカテーテル  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 身体状況 | □ 寝たきり（褥瘡マット使用　□ あり　□ なし）　　□ 車いす移乗可能  □ 歩行可能　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 精神状態など | 不穏状態：□ あり　　□ なし　 　 認知症：□ あり　　□ なし | | | | |
| 感染症 | □ なし 　□ あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| アレルギー | □ なし 　□ あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| その他 |  | | | | |
| 要介護認定または障害区分 | | |  | | |
| ケアプラン担当者 | | 事業所名：　　　　　　　　　　　　　 　　電話番号： | | | |
| 担当者名： | | | |

お申込み事業所：

【受け入れ病院　記入欄】　　　　　 ＩＤ：

|  |  |
| --- | --- |
| 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（民間救急：　　　　　　　　　　　　）　□ 救急車 |
| 病室希望 | □ 個室　　　□ 相部屋（　２人部屋　・　４人部屋　） |
| 受け入れ病棟 | 病棟　　　　　　　科　　　　　　　　　先生（直接入院・外来受診後入院） |
| チェック欄 | □ 担当医師　□ 受け入れ病棟　□ 前方連携　□ 予約センター　□ 新患　□ 外来 |