

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
患者氏名			年 月 日 (歳)
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 ☐ フォーレカテーター 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