

レスパイト入院 申込書

医療法人社団 喜生会 新富士病院 地域医療連携室 宛 FAX: 0545-36-2343

令和 年 月 日

記入者

フリガナ		男女	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成
患者氏名				年 月 日 (歳)
住 所	〒	連絡先		
		緊急連絡先		
医療機関名		医師名		
(かかりつけ医)		電話番号		
病名 (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		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> その他 ()			
食事	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事内容 () 経管栄養 (内容: 1回量: ml 回数: 回/日) <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし <input type="checkbox"/> アレルギーあり () <input type="checkbox"/> アレルギーなし			
排 泄	<input type="checkbox"/> 自力歩行でトイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()			
移動	<input type="checkbox"/> 寝たきり (エアマット使用 <input type="checkbox"/> 有 タイプ: <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 車椅子移動 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> その他 ()			
清潔	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> デイサービス			
精神状況など	<input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> その他 ()			
要介護認定 または障害区分	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 障害区分 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
担当 ケアマネジャー	事業所名 :		電話番号	
	担当者名 :			
備 考				

注) ベッドの空き状況によりお部屋や期間などご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。