

# レスパイト入院 申込書



医療法人八重瀬会 同仁病院 地域医療連携室

<TEL> 098-870-5375 <FAX> 098-874-7033

ふりがな		生年 月日	大正
患者氏名			昭和 年 月 日 ( 歳)
住所		家族 氏名	
		連絡先	
かかりつけ 医療機関		既往歴	
入院理由			
入院希望日	月 日 ~ 月 日	部屋 希望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室(個室代¥10,000/日)
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 その他 ( )		
食事状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養		
	嚥下障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 【必須！】食事形態 ( )		
排泄状況	<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"/> フォーレカテーテル その他 ( )		
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり(褥瘡マット使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 車いす乗車可能 <input type="checkbox"/> 歩行可能( <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器) <input type="checkbox"/> 自立歩行 その他 ( )		
精神状況	認知症状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし → 「あり」の場合・・・どのような症状ですか？ ( )		
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	ナースコール	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
感染症	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし		
要介護認定	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし		
障がい区分	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし		

申込者	ケアプラン事業所		担当者	
	TEL	<事業所> <個人>		

※ 以上の項目をご記入の上、かかりつけ医療機関からの紹介状を併せてFAX送信をお願いします