

レスパイト入院申込書

浅間南麓こもろ医療センター地域医療連携室
FAX 0267-22-7202

ふりがな		性別	生年月日		
患者氏名			年	月	日 歳
住所				電話番号	
家族氏名	続柄			連絡先	
希望理由	<input type="checkbox"/> 介護休息 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ()				
希望期間	年 月 日 (曜日) ~ 年 月 日 (曜日)				
主病名					
かかりつけ医	医療機関名		担当医		
ケアプラン 作成者	事業所名				
	担当者		電話番号		
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室 (別途料金がかかります) ※空床状況または身体の状態によりご希望に添えないことがあります				
医療行為	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> NIPPV <input type="checkbox"/> 在宅酸素 (L/min) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 腸ろう) <input type="checkbox"/> 点滴 (<input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> ポート) <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ()				
以下の項目はわかる範囲でご記入ください。診療情報提供書・看護サマリーで代用しても結構です。					
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (内容:) <input type="checkbox"/> カロリー制限 (Kcal) <input type="checkbox"/> 塩分 (g) <input type="checkbox"/> 水分制限 (ml) <input type="checkbox"/> トロミ			
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <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"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ			
身体状況	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす (<input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 寝たきり (エアマット使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)				
精神状態	<input type="checkbox"/> 認知機能低下・認知症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不穏行動あり (具体的に:)				
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
利用サービス	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他 ()				
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (認定区分) <input type="checkbox"/> 申請中				
特記事項					

依頼日 年 月 日

担当者 _____

申込事業所名 _____

TEL _____

FAX _____