

レスパイト入院申込書

ふりがな 患者氏名	性別	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
	男・女		
住所	電話番号		
主介護者(続柄)	主介護者電話番号		
かかりつけ医 (主治医)			
主病名			
入院希望理由			
入院希望期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 その他 ()		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし 食事内容 ()		
排泄	<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"/> バルーンカテーテル		
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態(褥瘡マット使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 車椅子乗車可能 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 徘徊あり <input type="checkbox"/> 徘徊なし その他 ()		
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 難聴あり <input type="checkbox"/> 難聴なし <input type="checkbox"/> 筆談		
精神状態	<input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 不穏状態なし		
認知症高齢者の 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
感染症	MRSA 有・無(部位:) HBs抗原() HCV抗体()		
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室(11,000円/日)		
受診希望診療科			
リハビリ	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし		
要介護認定	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
ケアマネジャー (担当者名)	事業所名: (ケアマネジャー)		TEL: () TEL: ()
利用サービス			
退院時状況	退院時間(:) 退院先() 送迎方法()		

ご入院までに、上記内容に変更がありましたら、ご連絡をお願いいたします。

送信元 宇都宮第一病院 地域医療連携室 TEL : 028-665-5111