

レスパイト入院申込書

ふりがな 患者氏名		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
住所		電話番号	
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 日迄 ※14日以内		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他 ( )		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事内容(主食: 副食: ) <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし		
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 その他 ( )		
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"/> その他 ( )		
精神状態	<input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 夜間不眠 <input type="checkbox"/> 問題行動 ( )		
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(16,500円/日)		
入院時状況	当日同行者( 続柄: )		
認知症高齢者の の日常自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> M		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請		
ケアマネジャー (担当者名)	事業所名: TEL: (ケアマネジャー):		
利用サービス			
退院状況	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、ご連絡お願い致します。