

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・平成 年 月 日
住所		電話 番号	
かかりつけ 医療機関			
主病名			
入院希望の理由			
入院希望日	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設（種別と名称：_____）		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <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：（_____ 加り_____） <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"/> 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"/> 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"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> その他（_____）		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（_____）		
部屋希望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室（1日6500円） <input type="checkbox"/> 2名部屋（1日2500円）		
その他			
要介護認定 障害区分			
ケアの事業所	事業所名	担当者	連絡先

送信元（名称 連絡先）：