

## 地域包括ケア病棟レスパイト入院申込書

※申込日： 年 月 日

ふりがな 患者氏名		男 女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
患者住所			電話番号	
連絡先氏名	続柄 ( )		連絡先番号	
在宅主治医	医療機関名：		医師名：	
主病名・併存症				
入院希望の理由	<input type="checkbox"/> 介護疲れ <input type="checkbox"/> 体調不良 ( ) <input type="checkbox"/> 外出・旅行・休暇 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 入院・手術 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
入院希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (※14日以内です)			
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 2人部屋 (3,300円/日) <input type="checkbox"/> 個室 (12,100円/日)			
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (種別： 施設名： )			
医療処置	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 胃ろう管理 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> ストーマ管理 <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 食事形態 ( ) 嚥下障害： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 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"/> 車椅子移乗可能 <input type="checkbox"/> 歩行可能 (自立 伝い 杖 歩行器) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
精神状況など	認知症： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状： ) その他 ( )			
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> 不明			
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族あり ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
要介護認定 障害区分	要支援： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 障害者区分 ( )			
ケアプラン作成者	事業所名：		担当者名：	
	電話番号：			
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"/> 訪問薬剤管理 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
当院利用歴	受診歴： 有 ・ 無		レスパイト入院歴： 初回 ・ 2回目以上	
備考				

送信元：

(病院記入欄)

入院受け入れ	： 可 ・ 否	入院予定日	： 月 日 ( )	：
--------	---------	-------	-----------	---