

レスパイト入院 予約申込書

【申込み者】	事業所名
	電話番号
	氏名

ふりがな 患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所		電話番号	連絡先: 氏名: (続柄)
かかりつけ 医療機関		医師名	
		かかりつけ医 連絡先	
主たる病名			
既往歴			
医療行為	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()		
入院希望の理由	<input type="checkbox"/> 利用者の体調管理 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 介護者の介護負担		
入院希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (施設名)		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 食事の内容/形態 () <input type="checkbox"/> 嚥下時のむせあり <input type="checkbox"/> むせなし <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
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"/> ストマ <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 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"/> 車いす移乗可能 <input type="checkbox"/> 歩行可能 (補助具使用 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器)		
精神状態など	<input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症あり		
身長・体重	身長	cm	体重 kg
居宅介護支援 事業所名		担当ケアマネ	
		電話番号	
要介護認定区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 申請中		
特記事項(その他病状や留意事項)			

※お薬手帳や日頃の状況が記載された書類 (フェースシート、ケアプランなど) をお持ちでしたら添付して下さい