

レスパイト入院 予約申込書

事業所名

【申込み者】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	☐ 胃ろう ☐ 経管栄養 ☐ 痰吸引 ☐ 在宅酸素 ☐ 気管切開 ☐ インスリン ☐ 褥瘡処置 ☐ 尿道カテーテル ☐ その他（ ）		
入院希望の理由	☐ 利用者の体調管理 ☐ その他（ ） ☐ 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	☐ 自宅 ☐ 施設（施設名 ）		
食 事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 食事の内容／形態（ ） ☐ 嚥下時のむせあり ☐ むせなし ☐ 食物アレルギー ☐ 無 ☐ 有（ ）		
排 泄	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ おむつ ☐ ストマ ☐ 尿道カテーテル ☐ その他		
身 体 状 況	☐ 寝たきり（褥瘡マット使用 ☐ あり ☐ なし ） ☐ 車いす移乗可能 ☐ 歩行可能（補助具使用 ☐ 杖 ☐ シルバーカー ☐ 歩行器）		
精神状態など	☐ 不穏状態あり ☐ 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
部屋希望	希望順位をご記載ください （ ）個室（¥13,500） （ ）準個室（¥3,300） （ ）大部屋（室料差額なし） ☐ どちらでも良い		
要介護認定区分	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 ☐ 非該当 ☐ 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

※ベッドの空き状況によりご希望のお部屋や期間に添えない場合もございますのでご了承ください。