

## 地域包括ケア病棟 レスパイト入院 予約申込書

フリガナ		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和
患者氏名				年 月 日 ( 歳)
住 所	〒	連絡先		
		緊急連絡先		
かかりつけ 医療機関名	医師名			
	電話番号			
主病名			既往歴	
入院希望の理由				
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: )			
医療行為	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位: ) <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 点滴 (末梢・中心静脈) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 (体動時: ℓ、安静時: ℓ) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 気管切開 (カニューレタイプ サイズ ( )) <input type="checkbox"/> 上記医療行為、以外のもの [ ]			
食 事	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事形態・治療食 ( ) 経管栄養 (内容 1回量: ml 回数: 回/日)			
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"/> 導尿 ( 回/日) <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル ( Fr 交換日: / ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
移手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り入浴 <input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> 特浴			
精神状態	認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 問題行動 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (大声を出す・暴力行為・不潔行為・徘徊)			
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )			
介護認定又は 障害区分	<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4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 障害区分 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
ケアプラン作成者	事業所名:	担当CM名:	電話番号:	
その他				

備考: 「在宅主治医 (かかりつけ医)」からの「診療情報提供書」の提出をお願いします。  
内服の情報がわかるものの添付をお願いします。

お申し込みは、希望日の1週間前までの、平日8:30~17:00までをお願いします。  
有料個室 3300円になります。